

# 日医工MPI行政情報

<https://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

## 2020年度診療報酬改定 中医協総会第1ラウンドまとめ（全体版）

作成：日医工株式会社学術部

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美

作成・監修：日医工株式会社社長室 MPIグループ

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828 長岡俊広

・2019年7月24日の中医協総会資料を基にこれまでに発出された資料を一部抜粋しスライド化しました。

資料No.20190801-1017(1)

# 資料概要

2020年度診療報酬改定に向けての第1ラウンドとして、中医協総会が2019年3月6日から7月24日までに計11回開催された。7月24日の総会では、それまでの議論の振り返りとして概要と議論の中で出された主な意見が取りまとめられた資料が公開された。

本資料では、各テーマでの論点・現状と課題・主な意見をスライド化し、一部の項目においては各議論の際に厚労省から提示された資料を抜粋して掲載した。

各スライドの左上に医療機関に関連すると思われるテーマには **医**、病院薬剤師に関連すると思われるテーマには **病薬**、調剤薬局に関連すると思われるテーマには **調** のアイコンを付与した。

秋以降の第2ラウンドでは第1ラウンドでの議論も踏まえ、外来・入院・在宅・歯科・調剤といった個別テーマに分けて検討が進められる予定である。

これまでの中医協総会のスケジュールと主な議題（青文字が7月24日の資料に論点・課題と主な意見が掲載されたテーマ）			
開催日	テーマ	開催日	テーマ
2019年3月6日	●キックオフ	2019年6月12日	<ul style="list-style-type: none"> <li>●科学的な根拠に基づく医療技術の評価</li> <li>●医療におけるICTの利活用</li> <li>●診療報酬基本問題小委員会からの報告</li> </ul>
2019年3月27日	●医療提供体制全般		
2019年4月10日	<ul style="list-style-type: none"> <li>●年代別・世代別の課題（その1）</li> <li>●周産期・乳幼児期</li> <li>●学童期・思春期</li> </ul>	2019年6月26日	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等</li> <li>●診療報酬改定結果検証部会からの報告</li> </ul>
		2019年7月10日	●地域づくり・まちづくりにおける医療の在り方
2019年4月24日	<ul style="list-style-type: none"> <li>●年代別・世代別の課題（その2）</li> <li>●青年期・壮年期・中年期・高齢期</li> <li>●人生の最終段階</li> </ul>	2019年7月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護・障害者福祉サービス等と医療との連携の在り方</li> <li>●診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応</li> </ul>
2019年5月29日	●働き方と医療の在り方	2019年7月24日	●令和2年度診療報酬改定に向けた議論（第1ラウンド）の概要

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# ① 患者・国民から見た医療等について

医

## (論点)

- 医療機関間の適切な役割分担を図るため、患者・国民が求める役割等を踏まえたかかりつけ医機能の在り方について、どのように考えるか。
- 医療機関の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の在り方について、どのように考えるか。

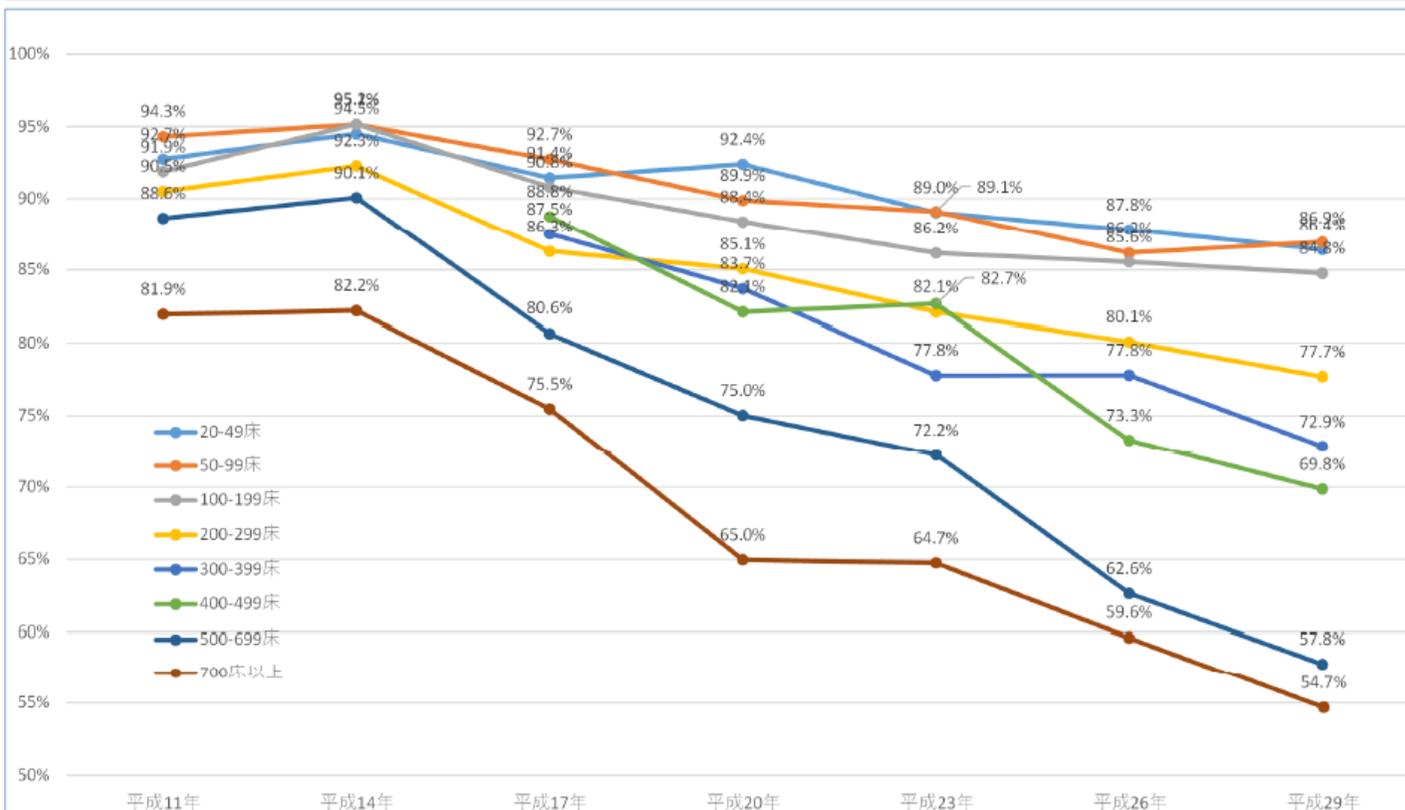
## (現状と課題)

- わが国の医療の状況に対する全体的な満足度については、複数の調査において、経年的に上昇傾向している。
- 国民1人当たりの医療費負担について、「重いと感じる」「やや重いと感じる」人が約7割を占め、医療費負担の重さを感じる点については、「保険料」が約6割と最も多い。
- 外来の受診回数については、乳幼児期から年齢が上がるにつれて減少傾向となり、20-24歳で最小となった後、増加傾向となり、80-84歳で最大となる。
- 外来の受診回数が多い疾患については、年齢層ごとに異なる傾向を示す。
- 紹介状なしで外来受診する患者の割合については、全体的に減少傾向であり、特に、平成30年度診療報酬改定より定額負担の仕組みの対象となった病院において、大きく減少した。
- 大病院受診時定額負担の仕組みの認知度について、仕組みがあることを知っていた人の割合は、いずれの病院区分においても6割を超えており、特に選定療養費徴収不可病院においては、約8割と最も高い。
- 初診患者における定額負担の仕組み対象病院を受診した理由については、「どの診療科に行けば良いか分からないが、この病院は診療科の種類が多く、様々な病気に対応してくれるから」との回答割合が最も高かった。

# ① 患者・国民から見た医療等について

## 紹介無しで外来受診した患者の割合の推移

- 紹介無しで外来受診した患者の割合は全体的に減少傾向にある。
- 病床数が多い病院において、比較的減少傾向が顕著である。



出典：平成8年～平成29年患者調査を基に作成。

注1：平成8年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。

注2：平成23年患者調査については、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

# ① 患者・国民から見た医療等について

## 定額負担調査(施設調査)の結果②

中医協 検 - 2 - 1  
31.3.27(改)

<初診時の定額負担の金額分布>(報告書p25)

平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)における初診時の定額負担の金額分布について、平成30年10月時点で「5,000円以上6,000円未満」が96.6%、「6,000円以上」が3.4%であった。  
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)については、平成30年10月時点で「5,000円以上6,000円未満」が100%であった。

図表 15 初診時の定額負担の金額分布

		施設数 (件)	1,000円未満	1,000円以上 2,000円未満	2,000円以上 3,000円未満	3,000円以上 4,000円未満	4,000円以上 5,000円未満	5,000円以上 6,000円未満	6,000円 以上	無回答
平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院 (特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	146	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	97.3%	2.7%	0.0%
	平成30年10月	149	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	96.6%	3.4%	0.0%
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院 (一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	92	0.0%	5.4%	44.6%	30.4%	5.4%	14.1%	0.0%	0.0%
	平成30年10月	92	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
選定療養費徴収可能等病院 (許可病床200~399床の地域医療支援病院)	平成29年10月	69	2.9%	15.9%	36.2%	37.7%	1.4%	1.4%	0.0%	4.3%
	平成30年10月	72	2.8%	15.3%	33.3%	40.3%	1.4%	4.2%	0.0%	2.8%
選定療養費徴収可能等病院 (特定機能病院・地域医療支援病院を除く許可病床200床以上の病院)	平成29年10月	29	3.4%	31.0%	34.5%	20.7%	0.0%	6.9%	3.4%	0.0%
	平成30年10月	26	3.8%	26.9%	38.5%	19.2%	0.0%	7.7%	3.8%	0.0%

(注) ・初診時の定額負担を導入していると回答した病院は、

任意で定額負担が徴収可能な一般病床200床~399床の地域医療支援病院では90%超の病院が定額負担を徴収している(5月15日中医協総会資料より)

「500床以上の地域医療支援病院)」の中には、平成29年10月より後に地域医療支援病院に指定病院がある。  
「一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)」の中には、発送名簿作成時点以降に減床して許可病床400床未満となった病院がある。  
このうち、平成29年10月時点と平成30年10月時点とでどの区分に該当するかについては、「平成29年10月時点」「平成30年10月時点」でどの区分に該当するかについては、

## ① 患者・国民から見た医療等について

医

### (主な意見)

- 選定療養の徴収が可能となっている200床から399床の地域医療支援病院について、既に90%強が選定療養の徴収を行っていることや、地域医療支援病院の役割を鑑みれば、地域における医療アクセスを阻害しないよう留意が必要であるが、定額負担を責務とすることについて検討する必要があるのではないか。
- 患者に特別な事情がない限り、まずはかかりつけ医に行くという意識を持ってもらうために、定額負担の対象病院をさらに拡大することについて検討する必要があるのではないか。

### 【日医工MPIコメント】

- 200床未満については在宅療養支援病院として届出が可能であるため、200床をひとつの基準値として、かかりつけ医療機関と専門医療機関を振り分けるラインが敷かれるのではないか？

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-1 かかりつけ医機能について

#### (論点)

- かかりつけ医機能の評価について、これまでの診療報酬改定における対応を踏まえ、専門医との連携や他職種との連携等を含め、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

- 平成30年度検証調査における、かかりつけ医に関する患者及び施設の認識は以下のとおり。
  - ・かかりつけ医を決めているのは、初診患者の5～6割、再診患者の9割
  - ・患者がかかりつけ医に求める役割のうち多いのは「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」
  - ・施設が有すると考えているかかりつけ医機能のうち多いのは「必要時に専門医、専門医療機関に紹介する」、次いで「要介護認定に関する主治医意見書を作成する」「生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う」
- 医療機関のかかり方について、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」という意見に「賛成」「どちらかといえば賛成」と回答した人は約5割を占めた。
- 医療機関間の適切な役割分担を図る観点から、平成30年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能に関連する以下の評価等を充実。
  - ・かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能
  - ・地域包括診療料等の施設基準の緩和

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-1 かかりつけ医機能について

医

#### A001注12 地域包括診療加算

○ 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は減少傾向～横ばい。

A001注12	再診料		
	イ 地域包括診療加算 1	25点	主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。
ロ 地域包括診療加算 2	18点		



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

39

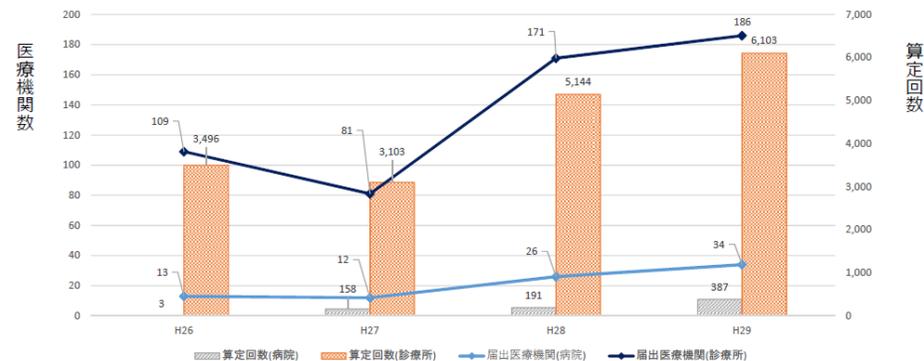
地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は減少傾向から横ばいだが、地域包括診療料の届出医療機関数・算定回数は増加傾向（5月15日の中医協総会資料より）

#### B001-2-9 地域包括診療料

○ 地域包括診療料について、病院・診療所共に、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-9-1	地域包括診療料（月1回）		主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事を評価したもの。
	地域包括診療料 1	1,560点	
B001-2-9-2	地域包括診療料（月1回）		
	地域包括診療料 2	1,503点	

#### B001-2-9地域包括診療料



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

41

○2019年5月15日中医協総会資料（総-6）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

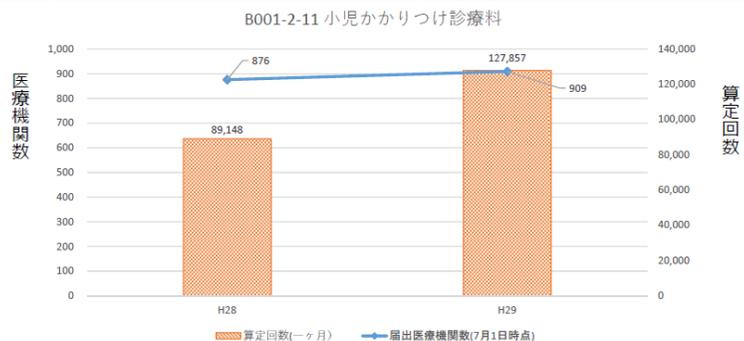
### ②-1 かかりつけ医機能について



#### B001-2-11 小児かかりつけ診療料

○ 小児かかりつけ診療料について、届出医療機関数は横ばい、算定回数は増加傾向。

B001-2-11 1	小児かかりつけ診療料（1日につき） 処方箋を交付する場合 イ 初診時 602点 ロ 再診時 413点	かかりつけ医として、緊急時や明らかに専門外の場合を除き継続的かつ全人的な医療を行う事について評価したもの。
B001-2-11 2	小児かかりつけ診療料（1日につき） 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 712点 ロ 再診時 523点	当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において常時対応を行う。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

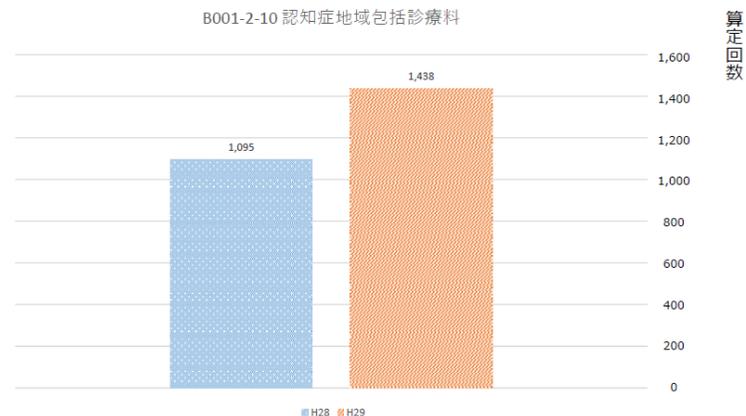
40

小児かかりつけ診療料の届出医療機関数は横ばいだが、算定回数は増加傾向(5月15日の中医協総会資料より)

#### B001-2-10 認知症地域包括診療料

○ 認知症地域包括診療料について、算定回数は少ないものの、増加傾向。

B001-2-10 1	認知症地域包括診療料（月1回） 認知症地域包括診療料 1 1,580点	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った医師が、認知症患者であって要件を満たす患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事について評価したもの。
B001-2-10 2	認知症地域包括診療料（月1回） 認知症地域包括診療料 2 1,515点	



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）  
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

42

認知症地域包括診療料は算定回数は少ないが、増加傾向(5月15日の中医協総会資料より)

○2019年5月15日中医協総会資料（総-6）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-1 かかりつけ医機能について

#### (主な意見)

- かかりつけ医機能の評価を充実していくことは重要である。
- かかりつけ医機能について、しっかりと国民の理解を得ることが必要である。
- かかりつけ医に対する患者側の意識というのは、まだまだ醸成されていないのではないか。
- かかりつけ医機能の在り方については、医師と患者の信頼関係、患者の病歴や健康状態の把握等は特に必要な要素ではないか。これは、薬剤師、歯科医師のかかりつけ機能についても同様と考える。
- 患者の受療行動を診療報酬上の対応により変えていくことが重要であり、患者をかかりつけ医へと誘導するための評価の在り方について検討する必要があるのではないか。
- かかりつけ医機能の評価する機能強化加算については、算定状況等のデータを示していただきながら、有効に機能しているかどうかなども含めて検討する必要があるのではないか。
- 機能強化加算は何でも相談でき身近で頼りになる医療機関の体制を評価する点数であり、一定以上の技術を提供する体制をとっている医師であることを明示できるような何らかの仕組みが必要ではないか。
- すべての診療所がかかりつけ医機能を持つのは現実的に難しいが、地域包括ケアを推進するにあたっては、在宅医療を含む地域医療への貢献が基本と考える。
- 複数の医療機関を受診する場合のポリファーマシーが問題であり、かかりつけ医が一元的に服薬の状況を管理できることが望ましい。

ポリファーマシーについては(5)①-1(ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など)で取り上げられている。

#### 【日医工MPIコメント】

- 機能強化加算については、どのような医療機関が算定しているか、加算の算定により患者がどのようなメリットを感じているかなどのデータをもとに、かかりつけ機能を持った医療機関であることを患者に周知し誘導できるような評価や仕組みが今後検討される。

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-2 かかりつけ歯科医機能について

#### (論点)

- かかりつけ歯科医機能の評価について、口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じた地域住民の健康の維持・増進を図る観点から、これまでの診療報酬改定における対応を踏まえ、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

- 直近で受療した歯科医師・歯科医院を選んだ理由は、「かかりつけの歯科医だから」が最も多く、約46%であった。
- かかりつけ歯科医がいる者の割合は約63%であった。
- かかりつけ歯科医の機能として、口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じて、地域住民の健康の維持・増進に寄与すること等が挙げられる。
- 平成30年度診療報酬改定において、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準にかかる要件の見直しを行った。

#### (主な意見)

- 口腔疾患の重症化予防等の継続的管理を含む、かかりつけ歯科医機能を果たしていくことが、患者・国民の健康維持につながると考える。
- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、平成30年度診療報酬改定の影響を把握した上で必要に応じて検討する必要があるのではないかと考える。
- 院内感染防止対策は、医療を提供するうえで基本的なことである。院内感染対策を推進する観点から、院内感染防止対策の在り方について引き続き検討する必要があるのではないかと考える。

#### 【日医工MPIコメント】

- 在宅医療でも訪問歯科は注目されており、健康寿命の延長という観点では、かかりつけ歯科医を評価推進することで、期待する成果を得られるという方向で、議論が進められていくのではないかと考える。

(病薬)

調

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-3 かかりつけ薬剤師・薬局機能について

#### (論点)

- かかりつけ薬剤師・薬局の推進について、現在の普及状況や複数の薬局を利用する患者が一定数いることなどを踏まえ、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

- 「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」において、医薬分業の現状、今後の在り方等がまとめられている。
- 患者が薬局を選ぶ上で考慮する理由として、医療機関から近いことを挙げる割合は全年代を通じて多い。ただし、年齢があがるにつれて、信頼できる薬剤師の存在等を挙げる割合が増える。
- 受診する医療機関が増えるほど、来局する薬局数も増える傾向にある。3箇所以上の薬局に来局する患者も一定数いる（3箇所の医療機関を受診する場合で約20%）。
- かかりつけ薬剤師指導料の算定実績は全体の約1.5%程度で、算定回数は最近は横ばい。
- かかりつけ薬剤師を持つ患者では、①残薬整理、②検査値の活用、③調剤後の電話での状況確認、④時間内／時間外を問わない相談について、「受けたことがある」、又は「受けたことがないが今後受けてみたい」と回答したのは7割～8割程度。
- かかりつけ薬剤師では、処方医への疑義照会や重複投薬防止の取組の割合が通常よりも高いというデータがある。
- お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることを約7割の患者が知っており、6ヶ月以内に薬局を再来局した患者では、約7割がお薬手帳を持参していた。

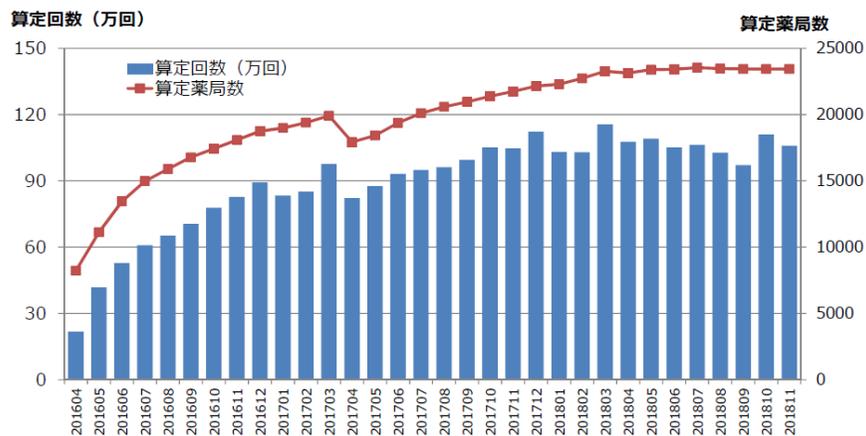
(病薬) 調

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-3 かかりつけ薬剤師・薬局機能について

#### かかりつけ薬剤師指導料の算定状況 (2018年11月まで)

○ かかりつけ薬剤師指導料の算定回数、算定薬局数は最近は横ばい。平成30年11月の算定回数は、全処方箋枚数7,068万枚の1.50%に相当する。



(出典) 「最近の調剤医療費 (電算処理分) の動向」 (厚生労働省保険局調査課) 特別集計

71

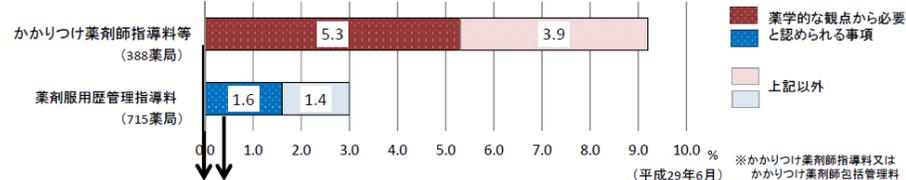
かかりつけ薬剤師指導料の算定回数・算定薬局数は横ばい(5月15日の中医協総会資料より)

かかりつけ薬剤師では、処方医への疑義照会や重複投薬防止の取組の割合が通常よりも高い(5月15日の中医協総会資料より)

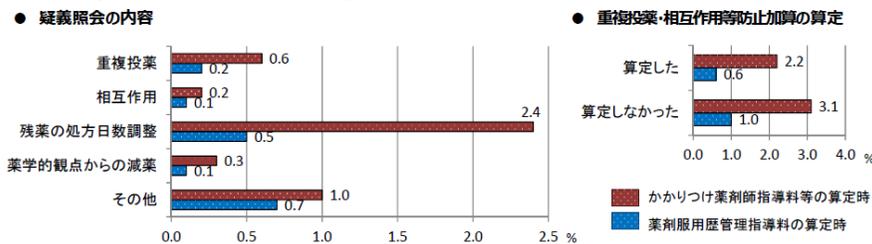
#### かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

中医協 総 - 3  
29 . 12 . 8

- 疑義照会の割合は、かかりつけ薬剤師指導料等を算定した場合で9.2%、薬剤服用歴管理指導料を算定した場合で3.0%であった。
- 疑義照会の内容別に分けても前者の方がそれぞれ高い傾向にあり、かかりつけ薬剤師の方が医師との連携が図れていることがうかがえる。



#### 「薬学的観点から必要と認められる事項」の内訳



(出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)

73

○2019年5月15日中医協総会資料 (総-6) より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工 (株) MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

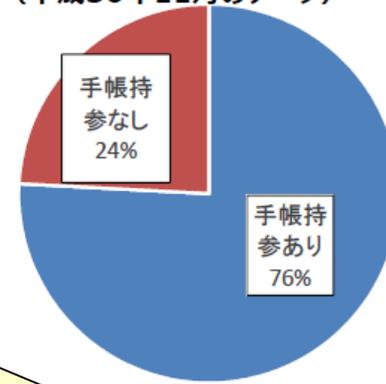
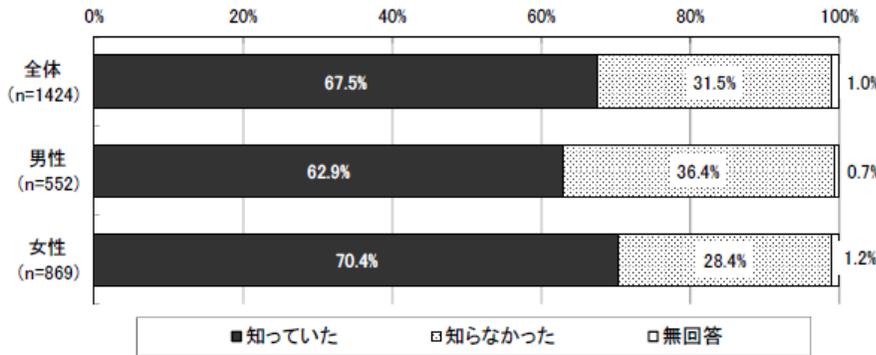
## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-3 かかりつけ薬剤師・薬局機能について

#### お薬手帳の活用状況

- お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることを約7割の患者が知っていた。
- 6ヶ月以内に同一薬局を再度来局した患者では、7割以上がお薬手帳を持参していた。

お薬手帳を持っていくと患者負担が少なくなることの認知状況（男女別）<sup>1)</sup> 手帳の持参状況（6ヶ月以内に同一薬局に再度来局した患者）（平成30年11月のデータ）<sup>2)</sup>



#### 薬剤服用歴管理指導料

##### 【薬剤服用歴管理指導料】

- 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 **41点**
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 **53点**
- 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 **41点**

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、**53点**を算定する。

手帳の持参で負担が少なくなることについて患者の約7割が知っていた。また7割以上の患者がお薬手帳を持参していた。(5月15日の中医協総会資料より)

1) 出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別集計（H29かかりつけ薬剤師調査）  
2) 出典：「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

(病薬)

調

## ② かかりつけ医機能等の在り方について

### ②-3 かかりつけ薬剤師・薬局機能について

#### (主な意見)

- 病院に就職する薬剤師が少なくなっている。医療機関での薬剤師業務を評価することについて検討する必要があるのではないか。
- 地域に貢献している薬局と調剤に偏重する薬局との間において、調剤報酬上の差別化をさらに進めることについて検討する必要があるのではないか。
- 調剤基本料1以外を算定する薬局に患者がお薬手帳を持参した場合、患者の支払額が安くない点は見直す必要があるのではないか。

#### 【日医IMPIコメント】

- 4月2日に発出された「調剤業務のあり方」による影響により、薬剤師以外に任せられる業務については、調剤報酬の適正化が今後発生してくる可能性が高いのでは？

## ③ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

### ③-1 患者への情報提供について

#### (論点)

- 患者・国民に対する、医療機関等の選択を適切に行うために必要な情報提供や、受けた医療の内容に関する情報提供の在り方について、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

- 都道府県は、医療機関の情報を患者・国民へ提供するためのホームページを設けているが、その認知度は低い。一方で、利用者のうち、役立ったと回答した者の割合は、約9割と高い。薬局でも同様に情報提供のホームページが設けられている。
- 一部の加算や指導料等において、文書による交付・説明を要件としている
- 薬局・医療機関では、薬剤情報提供文書のほか、患者向け医薬品ガイドやRMP資材等が活用される場合がある。
- 電子レセプト請求を行っている病院、診療所、保険薬局については、明細書の無料発行を義務づけている。
- ※ 診療所については、正当な理由がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付する、交付を有償で行う、交付を要さないなどの措置が設けられている。
- 全ての患者に明細書を発行していない診療所数は減少傾向であり、明細書を受け取れることに関する患者の認知度も高い。

#### (主な意見)

- かかりつけ機能を持った医師、歯科医師、薬剤師が患者の身近にいて相談できることが重要である。
- 医療機関の担う機能について、わかりやすく情報提供できるようにしていく必要があるのではないか。
- 様々な情報提供の内容、やり方等があるので、情報提供とひとくりにせず、それぞれにかかる負担等をしっかり考える必要がある。
- 明細書の機能の更なる周知や100%自己負担がない患者にも明細書を発行する必要があるのではないか。

#### 【日医工MPIコメント】

- 被保険者番号の個人単位化やマイナンバーにおけるオンライン資格確認など、ICTを活用した制度改革が順次予定されている。これに伴い医療機関や薬局でも対応が求められることになるが、患者情報の収集や情報提供は行いやすくなるのではないか。

## ③ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

### ③-2 患者相談・支援について

#### (論点)

- 患者等からの相談に幅広く対応し、患者・国民が、それぞれの実情に応じて、住み慣れた地域で継続して生活できるような相談・支援の在り方について、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

- 医療機関を受診した患者のうち、5割以上が医師・看護師・管理栄養士などから生活習慣上の助言や指導を受けており、特に、腎不全、糖尿病、脳血管疾患、心疾患、高血圧性疾患等の生活習慣病患者において、助言や指導を受けた者の割合が高い。
- 平成24年度から、患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を設けており、その算定件数は増加傾向。
- 平成30年度診療報酬改定において、がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、療養・就労両立支援指導料等を新設。
- 平成30年度診療報酬改定において、入院前からの支援の強化や、退院時の地域の関係者との連携の推進等の観点から、退院支援加算及び退院時共同指導等の評価を見直し。
- 薬局において、病院薬剤師との連携や退院時カンファレンスへの参加ができているとの回答は少ない。一方、主治医、ケアマネジャーとの連携はできているとの回答は比較的多い。

# ③ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

## ③-2 患者相談・支援について

平成24年度診療報酬改定

### 患者サポート体制の評価

#### 患者サポート体制の評価

➤ 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

#### (新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

##### [施設基準]

医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

#### (参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「がん拠点病院加算」を算定している場合は算定不可



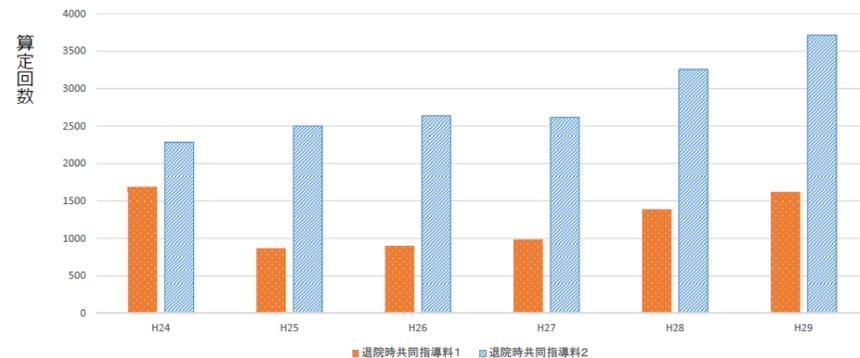
患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関医対する評価の算定件数は増加傾向(5月15日の中医協総会資料より)

### B004 退院時共同指導料

○ 退院時共同指導料について、算定回数は増加傾向。

B004 1	退院時共同指導料 1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の指示を受けた医療従事者が、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の医療従事者と共同で行った上で、文章により情報提供した場合に算定する。	入院中 1回
B004 2	退院時共同指導料 1 1以外の場合 900点		
B005	退院時共同指導料 2 400点		

B004,B005 退院時共同指導料



出典：社会医療診療行為別統計 (平成27年より)、社会医療診療行為別調査 (平成26年まで) (各年6月審査分)

医療機関における退院時共同指導料の算定回数は増加傾向(5月15日の中医協総会資料より)

○2019年5月15日中医協総会資料(総-6)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# ③ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

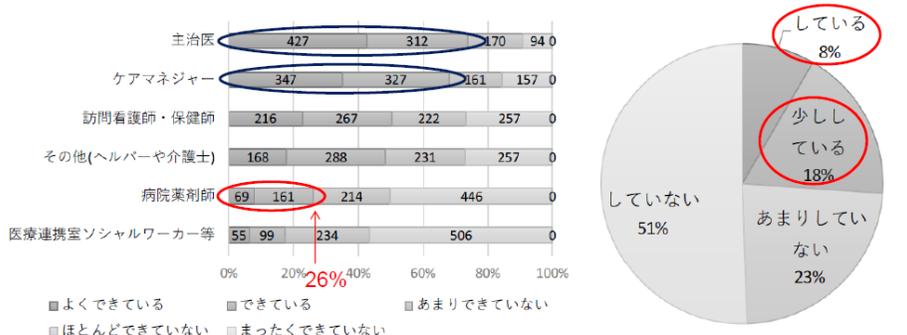
## ③-2 患者相談・支援について

### 在宅訪問業務に係る薬局薬剤師と病院薬剤師の連携状況

病院薬剤師との連携が「よくできている」又は「できている」薬局の割合は、26%にとどまる(主治医、ケアマネジャーとの連携はそれぞれ、74%、68%)。

病院薬剤師と在宅訪問や専門性に関して何らかの情報交換をしている薬局の割合は26%。

また、過去1年間に退院時カンファレンスに参加した薬局は15%。



地域の医療介護系多職種との連携の程度に関する薬局の割合

地域の病院薬剤師と専門性に関する情報交換をしている薬局の割合 (n=992)

出典:平成28年度厚労科研「地域のチーム医療における薬剤師の本質的な機能を明らかにする実証研究」(研究代表者 今井 博久先生)

104

薬局では主治医やケアマネジャーとの連携はできているとする回答は比較的多いが、病院薬剤師との連携や退院時薬剤情報管理指導料カンファレンスへの参加ができているとの回答は少ない(5月15日の中医協総会資料より)

### 薬局における退院時共同指導料の算定回数の推移

○ 薬局での退院時共同指導料の算定回数は増加傾向であるが、多くない。

退院時共同指導料 600点

【算定要件】

保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

※原則として、薬局の薬剤師が医療機関に赴いて行われるが、医療資源の少ない地域に属するものであって、やむを得ない事情により、医療機関に赴くことができないときは、ビデオ通話を用いて共同指導を行った場合でも算定可能である。

退院時共同指導料の算定回数 (回数/年)



出典:「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課) 特別集計

106

薬局での退院時共同指導料の算定回数は増加傾向であるが、多くはない(5月15日の中医協総会資料より)

○2019年5月15日中医協総会資料(総-6)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ③ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

### ③-2 患者相談・支援について

#### (主な意見)

- 入院ではなく通院治療で対応できる疾患の患者が増えており、医療機関の外来における病気・治療に関する相談対応や、在宅における療養支援の重要性が増してきている。
- 治療と仕事の両立支援については、特に産業医のいない50人未満の事業所に勤務する方々へのサポートをしっかりとやる必要がある。
- 入退院支援の強化は、さらに進めていくべきである。介護との連携等を含め、患者に寄り添った相談支援体制が重要ではないか。
- 生活習慣病について、早期発見、早期対応は重要であり、特定健診や特定保健指導において保健師等が積極的な受診勧奨を行うものの、重症化して外来受診することも多い。生活習慣病に対して切れ目のない支援や、他制度との連携を検討する必要があるのではないか。
- NICUからの退院支援については、適切な指導ができる知識や技術により児の成長発達を踏まえることが重要であり、人員配置のみならず退院支援の質の観点からも検討する必要があるのではないか。
- 妊娠と薬情報センターのような施設は現場にとって心強い。薬局で妊産婦の薬物治療に関する相談を受けた場合、主治医との連携はもちろん同センターとの連携にも取り組むことも必要ではないか。

#### 【日医工MPIコメント】

- ICTの発達により、医療関係者間のオンラインにおける情報交換等は格段に利便性が高くなっている。診療報酬上でも2018年より評価対象が拡大しており、保険外での対応も含め、更なる対象拡大が図られるのではないか。

## ③ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について

### ③-3 安全・安心な医療の提供について

#### (論点)

- 医療安全対策の評価に関して、平成30年度診療報酬改定における見直しを踏まえ、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

- これまで、国においては、平成13年の医療安全推進室の設置以降、平成14年に策定した「医療安全推進総合対策」を踏まえ、平成16年には、特定機能病院に、医療事故情報等の報告の義務付けや、平成19年からは、病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所においても、医療安全管理体制の整備を求めることや、都道府県に医療安全支援センターを設置することを義務付けるなど、各種施策に取り組んできた。
- 診療報酬においては、平成30年度改定において、医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数についての見直しを実施している。

#### (主な意見)

- 医療安全対策については、診療報酬における医療安全対策加算の見直しなどのこれまでの取組を踏まえつつ、必要な対応について検討することが必要ではないか。

#### 【日医IMPIコメント】

- 医療安全の診療報酬における更なる評価は、医療経済的にも十分に費用対効果が得られる内容であり、算定要件について、見直しや追加が検討されるのではないか？

## ① 働き方改革に資する取組

### ①-1 医療機関内での取組

#### (論点)

- 医療機関の、院内での労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステムの在り方についてどう考えるか。
- これまで診療報酬で対応している、勤務環境改善に資する取組みや、算定の要件として求めている業務内容について、働き方改革の方向性や医療の質を確保する観点等を踏まえながら、どう考えるか。

#### (現状と課題)

- 医療機関の勤務環境の改善のためには、院内での労務管理や労働環境の改善のマネジメントシステムを機能させる必要がある。これまで診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制への評価を行ってきた。
- 例えば、総合入院体制加算においては、病院に勤務する全医療従事者を対象とした負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備を要件とした。
- また、個別の取組について、診療報酬においては、以下について評価等を行っている。
  - ・タスク・シフティングの推進  
医師事務作業補助体制加算をはじめとした、他職種へのタスク・シフティングに資する体制の評価を行っている。また、看護師の特定行為研修制度のパッケージ化が進められており、今後は研修を修了した看護師の数は増加する見込みである。
  - ・人員配置の合理化  
診療報酬の各項目において、一定の質の担保等のために人員の配置を要件としている。これまで、医療の実態により応じた要件となるよう、常勤要件の明確化やその他の要件の見直しを行ってきた。
  - ・チーム医療・複数主治医制等の推進  
医療の質向上のため、チーム医療の推進に資する体制への評価を行っている。また、一部の項目においては、算定の要件として複数主治医制等を求めているものがある。
  - ・書類作成・研修要件等の合理化  
一部の診療報酬においては、算定の要件として、診療録への記載や書類作成、研修の受講等を求めているものがある。
- 病棟薬剤師の配置が医師の負担軽減に効果があるとの肯定的な評価が多い。一方で、病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている病院は全体の約20%で、病床が少なくなるにつれて届出率も低くなる。届出ができない理由として「薬剤師の不足」を挙げる場合が最も多い。
- 医療機関と薬局間での「事前の取り決め」により、薬局からの問い合わせを簡素化している医療機関がある。

# ① 働き方改革に資する取組

## ①-1 医療機関内での取組

### 薬剤師の病棟業務の評価

#### 薬剤師の病棟における業務に対する評価

平成24年度診療報酬改定において新設

- ▶ 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

#### 病棟薬剤業務実施加算1 100点(週1回)

##### 【算定要件】

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

#### 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

平成28年度診療報酬改定において新設

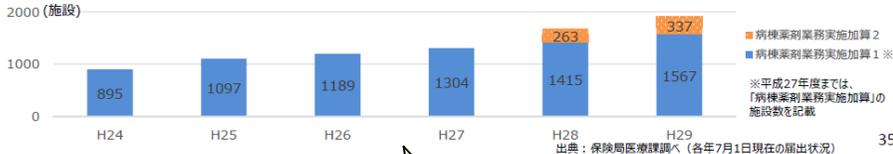
- ▶ 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

#### 病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)

##### 【主な算定要件】

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院科、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。

(参考) ■ 病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数

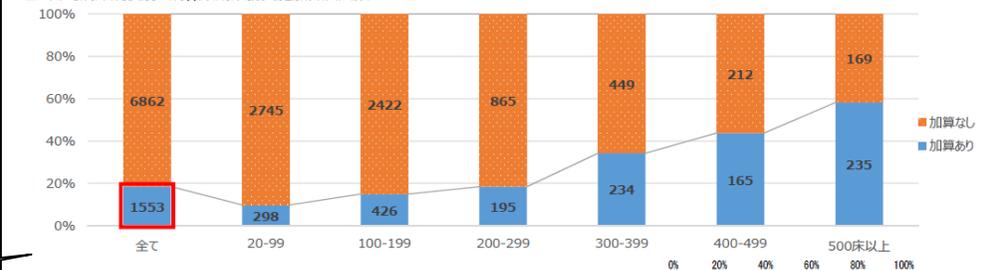


病棟薬剤業務実施加算の届出医療機関数は増加傾向だが、病床数が少なくなるにつれて届出率も低くなる。(5月29日の中医協総会資料より)

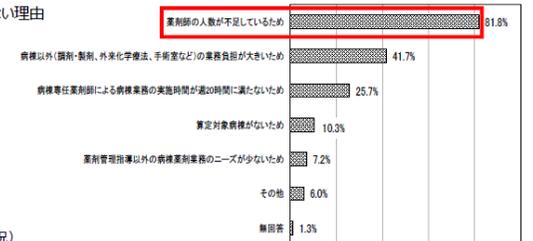
### 病棟薬剤業務実施加算届出施設数の病床数別の割合等

- 病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている病院は、全体の約20%。病床数が少なくなるにつれ、届出率も低くなる。
- 届出をしていない理由としては、「薬剤師の人数が不足しているため」が81.8%で最も多かった。

#### ■ 許可病床規模別の病棟薬剤業務実施加算届出数<sup>1)</sup>



#### ■ 病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていない理由 (複数回答、n=319)<sup>2)</sup>



出典：1) 保険局医療課調べ(平成29年7月1日現在の届出状況)

2) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(平成30年度特別調査)

○2019年5月29日中医協総会資料(総-2-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

① 働き方改革に資する取組  
①-1 医療機関内での取組

医師調査の結果⑤

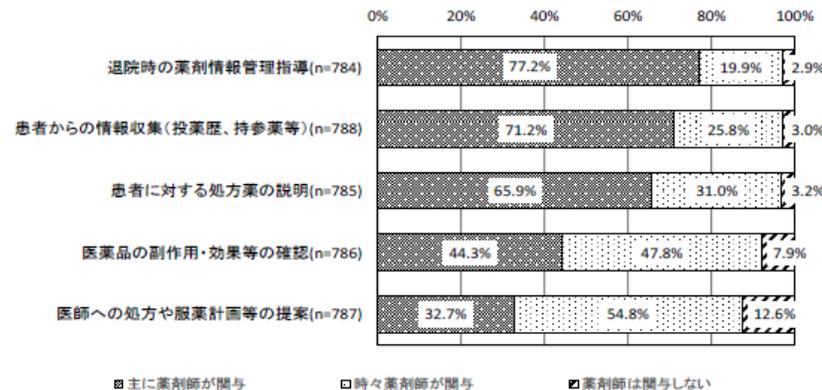
<病棟における薬剤師の関与の状況等> (報告書p112,113)

中医協 検 - 4 - 1  
3 1 . 3 . 2 7

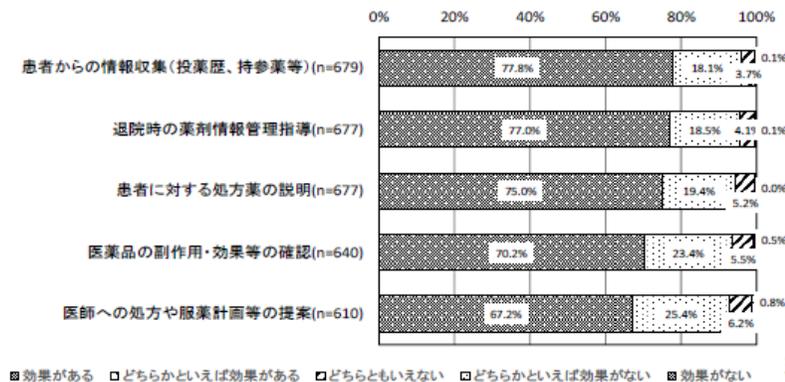
病棟における薬剤師の関与の状況についてみると、「主に薬剤師が関与」の割合が高かったのは、「退院時の薬剤情報管理指導」(77.2%)、「患者からの情報収集(投薬歴、持参薬等)」(71.2%)であった。

また、病棟薬剤師の配置による医師の負担軽減及び医療の質向上への効果についてみると、すべての選択肢で「とても効果がある」「効果がある」を合わせた割合が9割を超えた。

図表2-45 病棟における薬剤師の関与の状況(病棟に薬剤師が配置されている病院の医師)



図表2-46 病棟薬剤師の配置による医師の負担軽減及び医療の質向上への効果(薬剤師が関与している場合)



○2019年5月29日中医協総会資料(総-2-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ① 働き方改革に資する取組

### ①-1 医療機関内での取組

#### (主な意見)

##### <マネジメントについて>

- 医療機関内におけるマネジメントに対する取組などやるべきことはやるという前提で、その取組に資する診療報酬の在り方について検討する必要があるのではないか。

##### <働き方改革に伴うコストについて>

- 働き方改革により医療従事者の勤務体系が変わり、人件費等の増加が見込まれるため、入院基本料の在り方を検討する必要があるのではないか。
- 入院基本料の議論を行う前に、非効率な医療がないか検証する必要があるのではないか。
- 医師の働き方改革に取り組むことは、医療を受ける患者・国民の医療安全に資するものであり、それを支えるためには一定財源が必要である。
- 医師の働き方改革に伴って追加的に生じるコストを患者が負担することについては非常に違和感を覚える。
- 大病院の負担軽減を図るべく患者の受療行動を変えるために、診療報酬上における方策を考える必要があるのではないか。

##### <歯科医師、薬剤師、看護師の働き方改革について>

- 歯科医師についても、実態を把握した上で対応をとる必要があるのではないか。
- 日本は世界一薬剤師を養成しているにもかかわらず病棟では薬剤師が不足しているのは構造的な問題が考えられるのではないか。最大の要因は給与差と考えている。
- 医療経済実態調査の結果によれば、医療機関の薬剤師の平均給与は薬局の管理薬剤師でない一般の薬剤師よりも高く、給与面だけの問題ではないのではないか。
- 病棟薬剤師の役割は大きいが中小病院では薬剤師が不足している。このような状況も踏まえ、病棟薬剤師の評価や配置要件について検討する必要があるのではないか。
- 看護職員の仕事に対する多様性を受け入れる環境をつくるためには、現在の月平均夜勤時間 7 2 時間要件や 2 人夜勤体制について、働き方改革の観点から、柔軟なやり方を検討する必要があるのではないか。
- 患者への安全な医療を提供しつつ、働き方改革の推進・看護職員の健康管理を適切に行う観点から、月平均夜勤時間 7 2 時間要件については、継続していく必要があるのではないか。

## ① 働き方改革に資する取組

### ①-1 医療機関内での取組

#### (主な意見)

##### <業務の効率化やタスク・シフティング等について>

- 薬局から医療機関への問い合わせについては、予め対応方針を合意している簡素なものに関しては対応を省力化し、負担軽減を図っていく必要があるのではないか。
- 看護職員へのタスク・シフティングについて、特定行為研修の修了看護師は増加しているが、必ずしも現場で活用されていない。また、1,860時間の時間外労働を超えているのは大学病院がほとんどであるが、一般の看護職員が実施可能な静脈注射や採血をしていないというデータもあり、それらの対応について検討する必要があるのではないか。
- 書類作成、研修の受講、会議への参加等の診療以外の業務負担や事務作業について、I C T 等も活用しながら、更なる効率化と合理化について検討する必要があるのではないか。
- 医師事務作業補助体制加算について、中小規模の病院が施設基準を満たしにくいという状況について検討する必要があるのではないか。
- 地方においては、民間の中小病院が医療提供体制を支えており、実情に即した形の評価ができるかという視点で検討することも必要ではないか。

##### <人員等の配置にかかる要件の見直しについて>

- 専従の医師、看護師等の配置要件については、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるような見直しについて検討する必要があるのではないか。
- 人員配置の合理化については、医療の質の確保を前提として、項目一つずつについて慎重に議論を行う必要があるのではないか。また、労働条件の悪化につながるような緩和は慎重に検討する必要があるのではないか。

#### 【日医工MPIコメント】

- 病棟薬剤業務実施加算算定病棟における、医師の満足度は高く大病院では算定率は高い。今後中小病院でも算定しやすいよう算定基準等が緩い基準が設定されるのでは？
- 働き方改革では、医師の残業時間の短縮は時間的な猶予を設けているが、医師以外ができる業務について、タスクシフトをしていかない限り実現は難しいのではないか。

## ① 働き方改革に資する取組

### ①-2 地域全体での取組み（救急・小児科・産科領域における取組）

#### （論点）

- これまで救急医療や小児・周産期領域等で評価している、診療所で行う救急患者への診療や、病院での手厚い体制に対する評価について、働き方改革の方向性や、質の高い医療を確保する観点等を踏まえながら、どう考えるか。

#### （現状と課題）

- 地域の医療提供体制を確保する観点から、都道府県は医療計画を策定し、医療提供の量を管理するとともに、質の高い医療を受けられる体制を整備することとしている。
- 救急医療や小児・周産期領域においては、医療提供体制の確保に資する取組に対して診療報酬においても評価を行っている。
- 救急医療については、第三次救急医療の中でもより質の高い医療を提供する医療機関への重点的な評価や、診療所における救急患者への診療の評価を行っている。
- 小児・周産期領域においては、医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化が必要とされている。診療報酬においては、これまで手厚い人員配置等に対する評価を行っている。

## ① 働き方改革に資する取組

### ①－2 地域全体での取組み（救急・小児科・産科領域における取組）

#### （主な意見）

- 十分な人員を配置できないものの救急医療を提供する体制を確保している医療機関に対する評価について検討する必要があるのではないかと。
- 働き方改革を実現していく過程において、地域の医療提供体制の効率化もあわせて進めていかなければ、地域医療が崩壊しかねない。
- ハイリスク妊産婦指導料の対象について、現行、精神疾患の患者に限られているが、産後の適切なフォローは、生活習慣病への移行のリスクの観点から重要であることから、妊娠合併症の有病率が高い妊婦の糖尿病についても対象として検討する必要があるのではないかと。
- ハイリスク妊産婦が増えている一方、分娩取扱い機関が減少しており、ハイリスク妊産婦への医療サービス確保に係る産科医の負担軽減策に加え、産前から育児期まで切れ目なく支援を継続するためにも、産科外来への助産師の配置が有効ではないかと。
- 訪問看護の利用者で難病や医療的ケア児に該当する子どもの割合が増えており、小児や重症者への対応力が高い訪問看護が十分に地域提供されることが重要ではないかと。
- 働き方改革の中で産科医の過重労働、長時間労働への対応として、助産師の関与は重要であるが、低リスクの妊娠であっても異常が生じれば、産科医の速やかな対応が求められる。院内助産の実施については、地域差が大きいことから、その要因を明確にし、助産師の供給の面からも検討する必要があるのではないかと。

#### 【日医IMPIコメント】

- 地域医療における産科の確保は、地域医療を支える上でも大きな課題となっている。医師を集約することでハイリスク妊産婦への適切な対応が期待できるのではあれば、そこに対する診療報酬上の評価は期待できるのではないかと。

## ① 新たな技術を保険適用する際の評価の在り方

医

### (論点)

- 新たな技術を保険適用する際、その技術の有効性及び安全性が既存の技術と同等であった場合に、診療報酬上どのような評価とするのが適当か。
- 医療技術評価分科会において、既存の技術と同等程度の有効性及び安全性があるとされた医療技術については、平成30年度診療報酬改定の考え方と同様に、今後も診療報酬上においては同等の評価として保険適用を行うことについて、どう考えるか。

### (現状と課題)

- 革新的であるが非常に高額な医療技術の登場により、我が国の医療保険財政への影響が懸念される一方、医療の質を向上させていく上で、医療のイノベーションを適切に評価する仕組みが求められている。
- 平成30年度診療報酬改定において、ロボット支援下内視鏡手術や粒子線治療といった高額な新規技術に対して、既存の技術と同等程度の有効性及び安全性があるとされたものは、診療報酬上は既存技術と同じ評価として保険適用を行った。

### (主な意見)

- 平成30年度診療報酬改定の方針にも沿ったものであり、方向性は妥当と考える。一方で、保険適用後に有効性等の新たなエビデンスが確認できるようなことであれば、再評価をしていくことも重要ではないか。

### 【日医工MPIコメント】

- 革新的な技術であれば評価対象となりえるが、既存の技術と同等である場合には、社会保障費の削減が求められている現状では、高い評価は期待できないであろう。

## ② 既に保険収載している技術の評価の在り方

医

### (論点)

#### <既存技術の再評価について>

- 既に保険収載されている医療技術については、診療報酬改定時にその時点で得られているエビデンスを基に、診療報酬点数や要件（適用範囲、施設要件等）を再評価することとなる。
- 新たなエビデンスを医療技術評価分科会で評価するにあたり、必要に応じて、中立的な立場から行われた専門的な評価を活用するなどの方策を検討してはどうか。

### (現状と課題)

#### <既存技術の再評価について>

- 既存の技術と同程度の有効性及び安全性があるとされた技術について、平成30年度改定では診療報酬上同等の評価とした。一方、関連学会等からはこれらの医療技術について診療報酬上の評価を検討すべきとの意見がある。
- 保険収載後に得られた新たなエビデンスに基づく再評価については、すでに医療技術評価分科会における既収載技術の再評価、特定保険医療材料の使用成績を踏まえた再評価（チャレンジ申請）及び費用対効果評価制度の一部などにおいても行う仕組みがある。

### (主な意見)

#### <既存技術の再評価について>

- 中立的な立場から行われた専門的な評価を活用するにあたり、評価機関を明確にしておく必要があるのではないか。また、再評価の透明性が担保されることが必要であり、公的な特定評価機関の設置など、体制整備として早急に検討する必要があるのではないか。
- 費用対効果評価制度における公的分析班の枠組みの活用など、現状の限られた人材の中で、効率的に実効性を上げる体制整備が必要ではないか。

### 【日医工MPIコメント】

- 新技術の評価は、より高い効果が得られたエビデンスがない限り、医療費として評価に値しない方向で話し合われる可能性が高い。

## ② 既に保険収載している技術の評価の在り方

医

### (論点)

#### <指針、ガイドラインについて>

- 保険収載されている医療技術の有効性及び安全性を確保する観点から、算定留意事項や施設基準等と言及している指針やガイドライン等については、関連学会等の協力の下、更新時期や新たな知見が反映されているか等の現状把握が必要ではないか。

### (現状と課題)

#### <指針、ガイドラインについて>

- これまで、個々の医療技術の有効性及び安全性を確保するための方策のひとつとして、保険診療における算定留意事項や施設基準において、関連学会等が定める指針やガイドライン等を遵守することを規定してきた。
- こうした指針やガイドラインについては、新たな知見が得られた場合には学会等により必要な見直しが行われ、結果として保険診療の質が確保されていると考えられるが、現時点では見直しの状況について必ずしも把握できていない。

### (主な意見)

#### <指針、ガイドラインについて>

- 各学会のガイドラインの見直し状況などについて、現状把握やその体制整備が必要ではないか。

## ② 既に保険収載している技術の評価の在り方

医

### (論点)

＜新たな知見の蓄積や検査法の普及について＞

- 既に保険収載されている医療技術については、医療の質の向上及び診療報酬点数表の簡素化等の観点から、新規技術の開発や新たな知見の集積等に伴い、評価を見直すことについてどう考えるか。
- 例えば、より精度の高い検査法が普及したため臨床的有用性が低下した検査の評価について、どう評価するのが適当か。
- また、臨床上実施されていない医療技術・検査や、ガイドラインでの取り扱いが変更となった医療技術については、学会からの報告等をもとに、分科会での検討も踏まえ、項目の見直しや削除を行うことについてどう考えるか。

### (現状と課題)

＜新たな知見の蓄積や検査法の普及について＞

- 医療技術の進歩や新たな知見の集積等によって、保険適用時とは異なる有効性・安全性の評価がなされ、ガイドラインや実際の診療における位置づけが変化している技術が存在している。
- 検査については、同一の測定項目に対して様々な検査法があり、その精度によって検査結果に乖離がある場合がある。また、新規技術による検査法の普及により、臨床的有用性が変化した検査も存在する。

### (主な意見)

＜新たな知見の蓄積や検査法の普及について＞

- 新たな知見の収集に伴い、臨床上の位置づけが変化した技術の評価を見直すというのは当然である。
- 臨床で実施されていない医療技術や検査を保険適用外とする方向で検討することは妥当ではないか。
- 項目の見直しにあたっては、医療現場に混乱が生じないような配慮が必要ではないか。

### 【日医工MPIコメント】

- 昨今の診療報酬については、エビデンスがない限り評価されない傾向があり、ガイドラインに対する適切な評価が得られない限り、診療報酬での評価も難しいのではないか。

### ③ 良質なエビデンスを創出するための環境整備の在り方

#### (論点)

- 先進的な医療技術であって、保険収載時にエビデンスが必ずしも十分でないといわれるものについては、保険収載後にデータやエビデンスを集積し、その有効性や安全性を確認するため、レジストリへの登録を算定要件とする等の対応を行うことについてどのように考えるか。

#### (現状と課題)

- 近年、保険収載後の実臨床で得られたデータを活用し、エビデンスを構築していく取組みが増えつつある。
- 平成30年度診療報酬改定においては、ロボット支援下内視鏡手術や性別適合手術の保険収載に当たり、症例登録（レジストリ）に参加する等の要件を設けた。

#### (主な意見)

- 保険収載後の実臨床で得られたデータを活用してエビデンスを構築するといった取組は非常に重要である。
- 先進的な医療技術については、レジストリを要件とするなどの対応はふさわしいものではないか。
- レジストリの分析評価を行う際に公的機関を設置するのであれば、利益相反に関して厳格な体制が必要ではないか。

#### 【日医工MPIコメント】

- 評価対象となった先進的な医療技術であっても、評価の内容が過少である場合、なかなかその技術が普及していかない傾向がある。普及しない＝コストも軽減できない といった停滞リスクにどう取り組んでいくのが課題か。

医

(病薬)

調

## ① 遠隔医療について

### (論点)

- オンライン診療は、対面診療と補完的に組み合わせることで、医療の質の向上に資するものについて、普及状況の検証結果等を踏まえ、診療報酬上の対応を検討してはどうか。  
 なお、現在、オンライン診療の適切な実施に関する指針について、改訂の検討が行われているところ。
- 遠隔医療における、個別の領域の利活用については、今後、各診療領域の学会からの提案等、医療の質に係るエビデンス等を踏まえて、評価を検討してはどうか。
- 上記の検討にあたっては、オンライン診療の特性に鑑み、離島・へき地等の医療資源の少ない地域における利活用と、それ以外の利活用を分けて、必要な整理を行ってはどうか。

### (現状と課題)

- オンライン診療は対面診療の補完として、離島・へき地等で限定的に行われることが想定されていたが、近年のICTを活用した診療の実施例の増加等に伴い、平成30年度診療報酬改定において「オンライン診療料」等を創設。
- 平成30年度改定検証調査において、オンライン診療に対する考え方を尋ねたところ、オンライン診療料の届出・実績ありの施設においても、「オンライン診療に適した状態の患者は少ない」「オンライン診療に対する患者のニーズは少ない」という回答が多かった。
- ICTを用いた遠隔モニタリングとして、エビデンスを踏まえ、平成30年度診療報酬改定において「遠隔モニタリング加算」を創設した。
- 各診療領域におけるICTの利活用に関する調査を行ったところ、ほとんどの学会が診療ガイドライン・診療指針等にICTの利活用に係る記載はなかったが、一部の学会において「検討委員会の設置」「学会・シンポジウム・研修会の開催」等の取組を行っていた。
- 現状では、調剤時のオンライン服薬指導は特区を除き認められていない。薬機法の改正案では、調剤時のオンライン服薬指導を一定のルールの下で認める規定が含まれている。

(病薬) 調

① 遠隔医療について

ICTを用いたオンライン服薬指導の状況

○ 現時点において、調剤時（薬剤交付時）のオンラインによる服薬指導は認められていない。

	調剤時（薬剤の交付時）	調剤後のフォローアップ
内容	必要な情報提供と服薬指導	必要に応じて継続的に患者の薬剤の使用状況の把握や薬に関する相談の応需を実施
薬機法上の取扱	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 現時点では特区を除き<b>不可</b>。</li> <li>● 薬剤師による交付時の対面服薬指導が義務づけられている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 規制なし（実施可能）。</li> </ul>

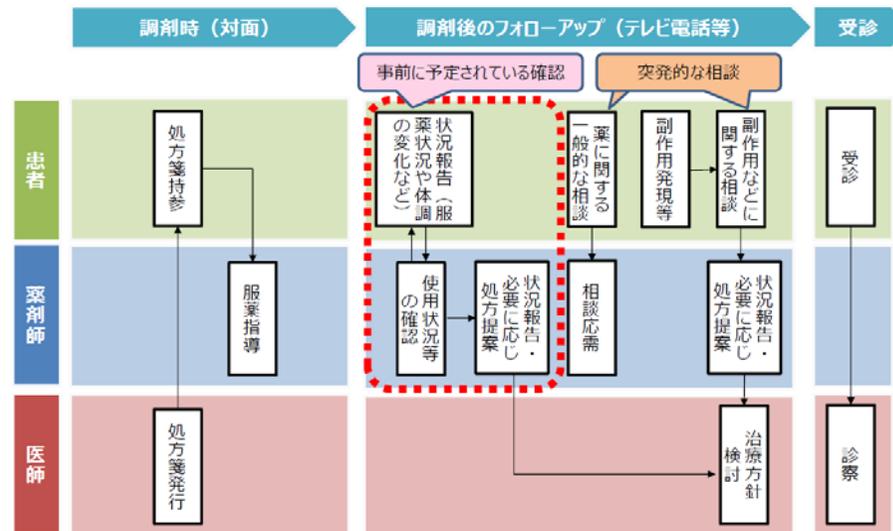
○ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)

(調剤された薬剤に関する情報提供及び指導等)  
 第9条の3 薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のため、当該薬剤を販売し、又は授与する場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する**薬剤師に、対面により**、厚生労働省令で定める事項を記載した書面（当該事項が電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。以下第三十六条の十までにおいて同じ。）に記録されているときは、当該電磁的記録に記録された事項を厚生労働省令で定める方法により表示したものを含む。）を用いて**必要な情報を提供させ、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。**

33

ICTを活用した調剤後のフォローアップ

○ ICTを活用した調剤後のフォローアップの例としては以下のようなものが考えられる。  
 ※ 現在でも、電話によるフォローアップを行っている薬局はある。



34

○ 2019年6月12日中医協総会資料（総-2）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(病薬) 調

① 遠隔医療について

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

国民のニーズに応える優れた医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するとともに、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備するため、制度の見直しを行う。

改正の概要

1. 医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するための開発から市販までの制度改善
  - (1) 「先駆け審査指定制度<sup>※</sup>」の法制化、小児の用法用量認定といった特定用途医薬品等への優先審査等
    - ※先駆け審査指定制度 … 世界に先駆けて開発され早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる医薬品等を指定し、優先審査等の対象とする仕組み
  - (2) 「条件付き早期承認制度<sup>※</sup>」の法制化
    - ※条件付き早期承認制度 … 患者数が少ない等により治験に長期間を要する医薬品等を、一定の有効性・安全性を前提に、条件付きで早期に承認する仕組み
  - (3) 最終的な製品の有効性、安全性に影響を及ぼさない医薬品等の製造方法等の変更について、事前に厚生労働大臣が確認した計画に沿って変更する場合に、承認制から届出制に見直し
  - (4) 継続的な改善・改良が行われる医療機器の特性やA I 等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度の導入
  - (5) 適正使用の最新情報を医療現場に速やかに提供するため、添付文書の電子的な提供の原則化
  - (6) トレーサビリティ向上のため、医薬品等の包装等へのバーコード等の表示の義務付け 等
2. 住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようになるための薬剤師・薬局のあり方の見直し
  - (1) 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務  
薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務 } を法制化
  - (2) 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局<sup>※</sup>の知事認定制度（名称独占）を導入
    - ※①入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）
    - ②がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）
  - (3) 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定 等
3. 信頼確保のための法令遵守体制等の整備
  - (1) 許可等業者に対する法令遵守体制の整備（業務監督体制の整備、経営陣と現場責任者の責任の明確化等）の義務付け
  - (2) 虚偽・誇大広告による医薬品等の販売に対する課徴金制度の創設
  - (3) 国内未承認の医薬品等の輸入に係る確認制度（薬監証明制度）の法制化、麻薬取締官等による捜査対象化
  - (4) 医薬品として用いる覚せい剤原料について、医薬品として用いる麻薬と同様、自己の治療目的の携行輸入等の許可制度を導入 等
4. その他
  - (1) 医薬品等の安全性の確保や危害の発生防止等に関する施策の実施状況を評価・監視する医薬品等行政評価・監視委員会の設置
  - (2) 科学技術の発展等を踏まえた採血の制限の緩和 等

改正薬機法ではオンライン服薬指導について規定することが予定されている。

施行期日

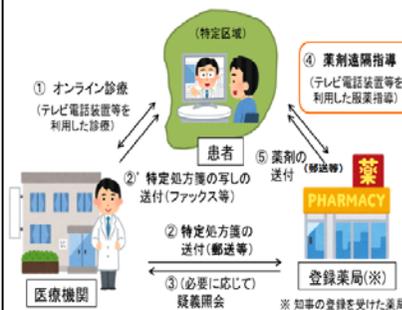
公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日（ただし、1.(3)(5)、2.(2)及び3.(1)(2)については公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日、1.(6)については公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日）

35

国家戦略特区における遠隔服薬指導の概要（離島・へき地等における利活用）

- 国家戦略特区法の一部を改正する法律（平成28年法律第55号）に基づき、薬剤師による対面での服薬指導義務の特例として、**国家戦略特区内で実証的に、①遠隔診療が行われ、②対面での服薬指導が困難な場合（薬剤師・薬局の数が少なく、患者宅と薬局との距離が離れている場合等）に限り、③テレビ電話等による服薬指導（遠隔服薬指導）を可能とされた（施行：平成28年9月1日）。**
- 平成30年6月14日の国家戦略特別区域諮問会議において、**愛知県、兵庫県養父市及び福岡市**における、実証事業の実施計画が認定された。

【事業のイメージ】



【実施自治体】



実績を検証するには例数が少ない。

○ 登録薬局数：28件、○ 患者数：9名（平成31年3月31日時点）

36

○2019年6月12日中医協総会資料（総-2）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ① 遠隔医療について

### (主な意見)

- 患者が気兼ねなく対面診療を受けられる環境づくりが大事。医療にどうしてもアクセスできない場合に、オンライン診療が活用されるのであって、利便性のみに着目した議論には慎重であるべきではないか。
- オンライン診療が対面と同等であるかどうかのエビデンスが必要。また、個別の疾患治療における有効性・安全性について、各診療領域の専門家からエビデンスを出していただき、それを踏まえて検討を進める必要があるのではないか。
- オンライン診療は平成30年度診療報酬改定時に相当厳格な要件のもとで導入されたため、ほとんど算定されていない状況にある。安全性に支障がない範囲で、緩和できる要件は緩和する方向で検討する必要があるのではないか。
- オンライン診療の実績がある医療機関においても、「対面診療と比べ十分な診療ができない」、「オンライン診療に対する患者のニーズは少ない」という検証結果であり、オンライン診療に対する需要がないため算定数が少ないものとなっているのではないか。
- 働く世代の治療の脱落防止など、仕事と治療の両立のために、オンライン診療の要件を適切なものに見直す方向で検討する必要があるのではないか。
- オンライン服薬指導についてもオンライン診療と同様に、対面服薬指導の補完であるため、薬局の偏在対策や在宅服薬指導などに取り組むことが先ではないか。
- オンライン服薬指導については、薬機法改正の動向を踏まえつつ、推進していく必要があるのではないか。
- 重篤な副作用が懸念されるハイリスク薬などは、医師や薬剤師が直接関わるべき。また、依存性や習慣性のある医薬品も服薬管理や服薬指導を慎重に行う必要がある。対象とする医薬品は、種類の限定も含めて必要最小限に限定する方向で検討する必要があるのではないか。

### 【日医IMPIコメント】

- オンライン服薬指導によってプライバシーの確保等、店舗での対応ではないメリットもあり、対面服薬指導と並列に考えるのではなく、評価方法を分けて検討されるのではないか？
- 薬機法の改正案では、オンライン服薬指導に関して推進していく記載があるが、まだ改正は行われていないため法改正とともに議論が進行していく可能性が高い？

## ② 情報共有・連携について

### (論点)

- 情報共有・連携における利活用については、柔軟な働き方や、業務の効率化にも資するものとして、適切な活用を妨げないよう、必要な対応を検討してはどうか。

### (現状と課題)

- 他の関係機関との情報共有・連携のためにICTを活用している病院は全体の約3割。活用しているICTはメールが全体の約7割で最も多く、電子掲示板が全体の約2割で次に多い。
- 平成30年度診療報酬改定において、医療資源の少ない地域等において、ICTを用いてカンファレンスに参加する場合の要件を見直した。
- 訪問看護ステーションにおける退院時共同指導の実施状況をみると、退院時共同指導に要する時間は30分～1時間未満、移動は30分未満が多いが、指導を実施できない理由として「医療機関が遠い」「スケジュールを調整できない」「手間と報酬が見合わない」が約1割である。
- 他の関係機関との情報共有・連携のためにICTを活用している在宅医療機関は全体の約3割。活用しているICTはメールが最も多い。訪問看護ステーションにおける記録の電子化や情報連携等のためのスマートフォン等の活用は4割以上の事業所で取り組まれている。
- 患者の服用歴の管理のため、電子版お薬手帳の取組があるが、所持している患者は約1割であり、電子版お薬手帳に対応できる薬局も約半数である。

## ② 情報共有・連携について

### 電子版お薬手帳の使用状況等

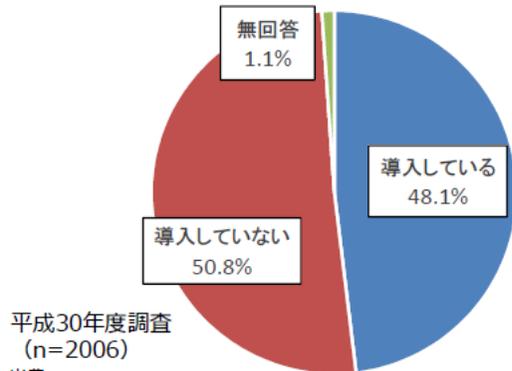
- 電子版お薬手帳を所持している患者は約11%であった。
- 電子版お薬手帳に対応できる薬局は約半数。電子版お薬手帳に対応していない理由として「希望する患者がないため」と回答する薬局が最も多かった。

(1) 患者のお薬手帳の所持状況 (1)



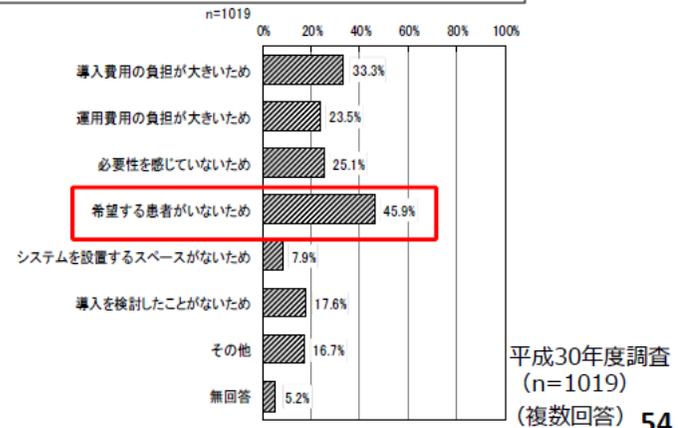
(2) 薬局での電子版お薬手帳の対応状況 (2)

電子版お薬手帳の導入状況



出典：  
 (1) 平成30年度 厚生労働省保険局医療課委託事業 薬局の機能に係る実態調査  
 (2) 平成30年度かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討事業「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書」

電子版お薬手帳を導入していない理由



○2019年6月12日中医協総会資料(総-2)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医

(病薬)

調

## ② 情報共有・連携について

### (主な意見)

- ICTによる情報連携は推進すべきだが、診療報酬ではコストを負担するのではなく、活用の妨げとなるような要件の見直しを検討する必要があるのではないか。
- 電子版お薬手帳は紙と異なりコピーが取れないなど、医療機関では使いづらい面もある。また、スマートフォンにロックがかかっているため、救急医療の現場では、家族や救急隊が確認できないという欠点もあり、改善を促す必要があるのではないか。

### 【日医工MPIコメント】

- 重複投薬や過剰診療などは、マイナンバー若しくは医療IDの普及により、一気に解決する可能性が高い。
- お薬手帳などのアプリケーションに関する課題についてもマイナンバーの活用によって大きく改善されるのではないか。

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

#### (論点)

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進、長期処方時の適正使用、薬剤耐性 (AMR) への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用等について、これまでの診療報酬上の対応やその他最近の状況を踏まえ、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

##### <重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応>

- ポリファーマシー (※) については、医療機関における処方薬剤の総合的な調整や、薬局における処方医への減薬の提案について、報酬上評価を行ってきた。
- ※ ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す (多剤服用の中でも害をなすもの = ポリファーマシー)
- 残薬への対応については、薬局での残薬解消に向けた取組を評価するとともに、残薬に伴う減数調剤に係る処方箋様式の見直し等を行ってきた。

医 病薬 調

① 医薬品について

① - 1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

東京大学医学部附属病院の提供資料を医療課において編集・一部改変

### ポリファーマシー解消に向けた取組例① (東京大学医学部附属病院)

○ 入院時に持参薬評価テンプレートを用いて薬剤師がポリファーマシーのスクリーニングを行い、医師が薬剤調整を検討している事例がある。

■ 持参薬評価テンプレート

入院時に6種類以上(注)服用しておりかつ7つの評価項目のいずれかに該当する場合は、薬剤調整に関する検討の必要性ありとする。  
注) 先行して当該テンプレートの運用を開始していた一部の診療科を除き、10種類以上服用している患者が対象

7つのスクリーニング評価項目

- ① 薬剤調整希望あり
- ② 65歳以上で高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015に該当あり
- ③ 薬剤管理能力の低下
- ④ 薬効重複
- ⑤ 効果や副作用の観点
- ⑥ 薬物間相互作用
- ⑦ 疾患や肝・腎機能の観点

具体的な処方提案など詳細を記載

15

ポリファーマシー解消取り組み事例として2病院の取り組みが例示された。

国立長寿医療研究センターの提供資料を医療課において編集・一部改変

### ポリファーマシー解消に向けた取組例② (国立長寿医療研究センター)

○ 入院患者に対し、医師、薬剤師、看護師等の多職種で連携し、ポリファーマシー解消の活動を実施している事例がある。

■ 高齢者薬物療法適正化チームの活動の流れ

参加職種：医師(老年内科、循環器内科、リハビリ科)、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士

入院 患者スクリーニング  
薬剤師が持参薬鑑別や患者面談によりポリファーマシー、PIM該当患者をピックアップ

情報収集 情報収集  
現病歴、併存疾患、社会的問題、身体機能・生活等、フレイル評価、認知機能、嚥下機能、食事、睡眠、排泄、薬歴・服薬管理に関する詳細な聴取、薬物有害事象の評価など

カンファレンス 多職種によるカンファレンス  
各職種から収集した情報を集約し、チームとして処方医への意見をまとめる

処方の適正化 処方医へのフィードバック  
処方医へカンファレンス内容を伝達し、処方医は処方内容を検討

チームにて経過観察 経過観察  
チーム内での処方変更に関する経過観察及び病棟ラウンド

退院 退院時の情報提供  
主治医およびチームからの退院時の情報提供

■ チームからの提案内容 (総合的な処方見直し)

**削減候補薬の選定**

- 削減の優先順位の提案：薬物有害事象の被疑薬、PIM※など
- すべての処方薬について処方意図を考慮しつつ、必要性が低ければ削減を提案

**過小医療にする提案**

- 投与する必要性が高いが投与されていない場合に処方提案

**服薬支援**

- 正しく服薬できるよう服薬環境の調整
- 嚥下機能等に基づく剤形変更の提案

**非薬物療法**

- 食事など栄養面からのアプローチや生活指導など

※ PIM:潜在的に不適切な処方

16

○2019年6月26日中医協協会資料(総-4-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

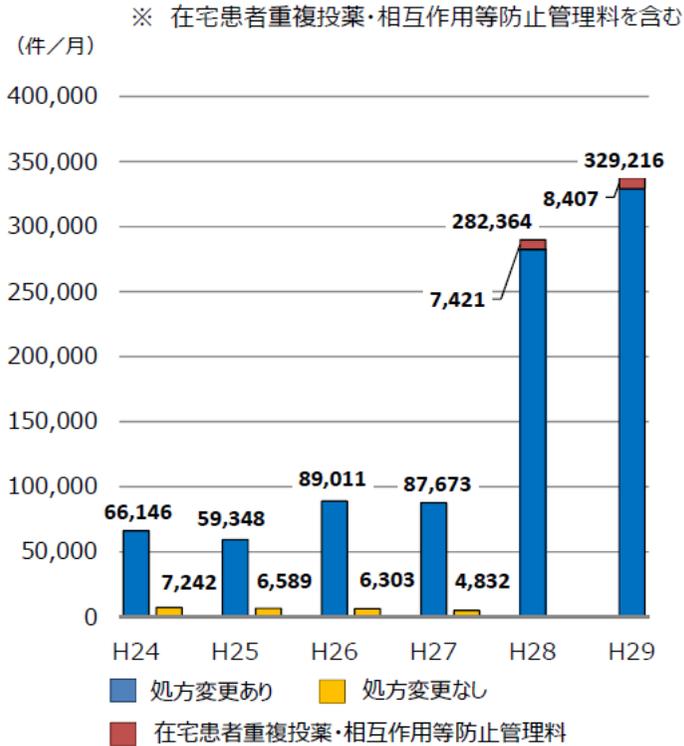
① 医薬品について

① - 1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

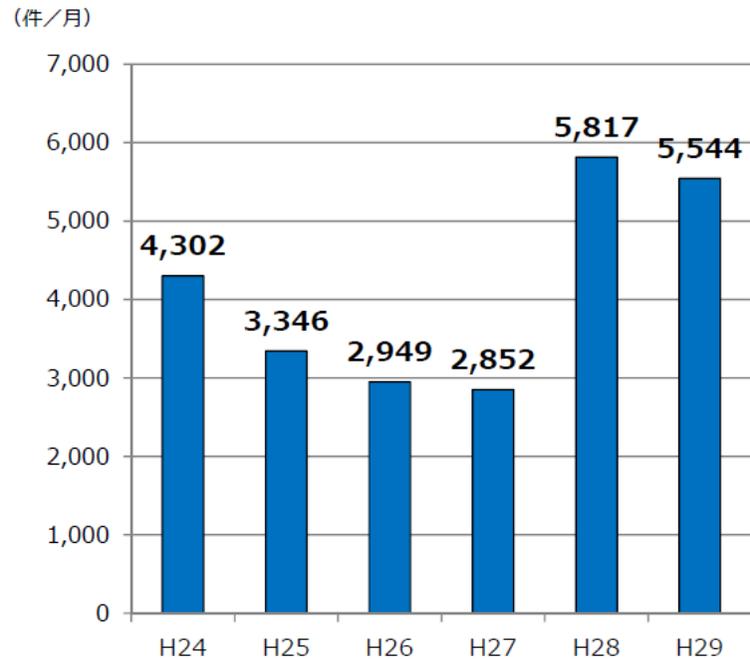
重複投薬、ポリファーマシーに関する取組の実態

○ 重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定回数は増加傾向にある。

➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数



➤ 外来服薬支援料の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計 21

○2019年6月26日中医協総会資料（総-4-1）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医 病薬 調

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

(主な意見)

<重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応>

- 高齢化に伴い処方薬の種類数が増加するのは自然であり、また、かかりつけ医が他院の処方薬を引き継いだ場合でもその種類数が増加する。処方箋1枚当たりの医薬品の種類数に着目した減算は、見直す必要があるのではないか。
- 外来時におけるポリファーマシーについては、複数の診療科や医療機関を受診する患者の場合、かかりつけ医や薬局との連携が重要である。
- 外来時におけるポリファーマシーへの対策として、複数の診療科や医療機関から医薬品を処方されている場合に、薬局が一元管理している服薬情報を医療機関に提供することが処方内容の見直しのきっかけに繋がるのではないか。
- 入院時におけるポリファーマシーへの取組として、医療機関では多職種が時間をかけて対応している。中でも病院薬剤師の役割は重要である。
- 処方箋1枚当たりの種類薬の制限や2剤の減薬はポリファーマシーの根本的な解決になっていない。多職種連携による定期的な処方内容の確認といった服薬管理の推進について検討する必要があるのではないか。

【日医工MPIコメント】

- 現在、医科では薬剤総合評価調整加算（入院）、薬剤総合評価調整管理料（外来）、調剤では服用薬剤調整支援料といった診療報酬点数が設定されているが、算定回数は多くない。
- 重複投薬については、今後のマイナンバー制度が活用できれば大きく前進する可能性があるのではないか？

**医 病薬 調**

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

(論点)

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進、長期処方時の適正使用、薬剤耐性 (AMR) への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用等について、これまでの診療報酬上の対応やその他最近の状況を踏まえ、どのように考えるか。

(現状と課題)

<後発医薬品の使用促進>

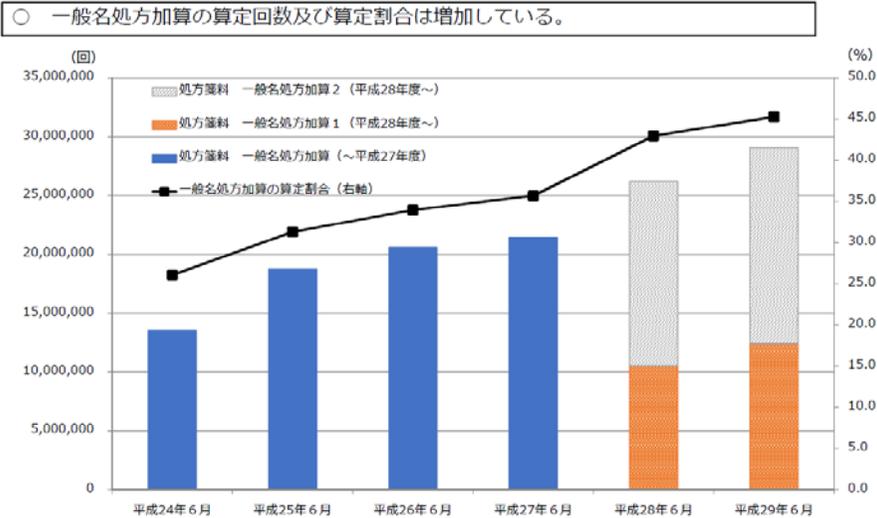
- 後発医薬品の使用促進については、一般名処方の推進と変更調剤の取扱いの明確化、後発医薬品の使用／調剤体制の評価等の取組を行ってきた。
- 近年、医薬品の売上上位にバイオ医薬品が増えてきている。また、バイオ後続医薬品の品目数も徐々に増えてきている。

医 病薬 調

① 医薬品について

①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

一般名処方加算の算定状況（医科）

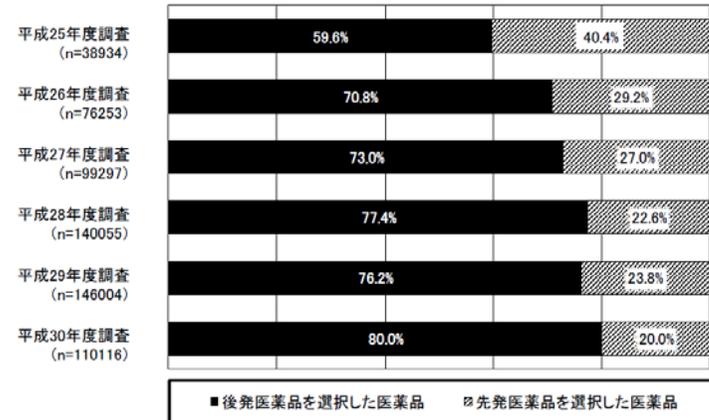


2018年度改定後のデータはまだないが、点数倍増の影響で増加していると推測される。(MPIコメント)

一般名処方された医薬品の薬局での調剤の状況

- 一般名で処方された医薬品のうち、約80%が薬局で後発医薬品が調剤されている。
- 後発医薬品が調剤される割合は増加傾向にある。

◆ 一般名で処方された医薬品の後発医薬品の調剤状況



(注) 「先発医薬品」には、準先発品\*も含まれる。

\*準先発品とは昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品（その後の剤形追加・規格追加等を含む）のうち、規格薬のある後発医薬品があるもの

出典 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H30後発医薬品) 28

一般名処方加算の算定回数及び算定割合は増加傾向にあり、一般名で処方された医薬品のうち約80%が後発医薬品を調剤されている。(6月26日中医協総会資料より)

○2019年6月26日中医協総会資料（総-4-1）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医 病薬 調

① 医薬品について

①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

変更不可となっている医薬品の割合

○ 先発医薬品又は後発医薬品の銘柄名で処方され、かつ「変更不可」となっている医薬品の割合は全体の約7%であった。  
(平成29年度調査では約9%)

◆ 薬局に持ち込まれた処方箋の状況 (392施設、総処方箋97,392枚に記載された254,300品目数)

	(今回調査)		(参考)
	品目数	割合	前回調査
①一般名で処方された医薬品の品目数	110,116	43.3%	34.9%
④先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数	106,003	41.7%	49.4%
⑤「変更不可」となっている医薬品の品目数	15,418	6.1%	8.1%
⑤「変更不可」となっていない医薬品の品目数	90,585	35.6%	41.3%
⑧後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	27,825	10.9%	11.2%
⑩「変更不可」となっている医薬品の品目数	1,615	0.6%	1.0%
⑩「変更不可」となっていない医薬品の品目数	26,210	10.3%	10.1%
⑯その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数	10,356	4.1%	4.5%
併処方箋に記載された医薬品の品目数の合計	254,300	100.0%	100.0%

(注) ・平成30年9月7日(金)～9月13日(木)に取り扱った処方箋枚数及び品目数内訳について回答があった施設を集計対象とした。  
・前回調査は平成29年7月18日(火)～7月24日(月)を調査期間とし、514施設、総処方箋160,931枚に記載された418,522品目数の内訳  
・⑤は、⑧(後発医薬品名で処方された医薬品の品目数)から⑩(「変更不可」となっている医薬品の品目数)を控除して算出した。  
・準先発品とは昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品(その後の剤形追加・規格追加等を含む)のうち、価格差のある後発医薬品があるもの

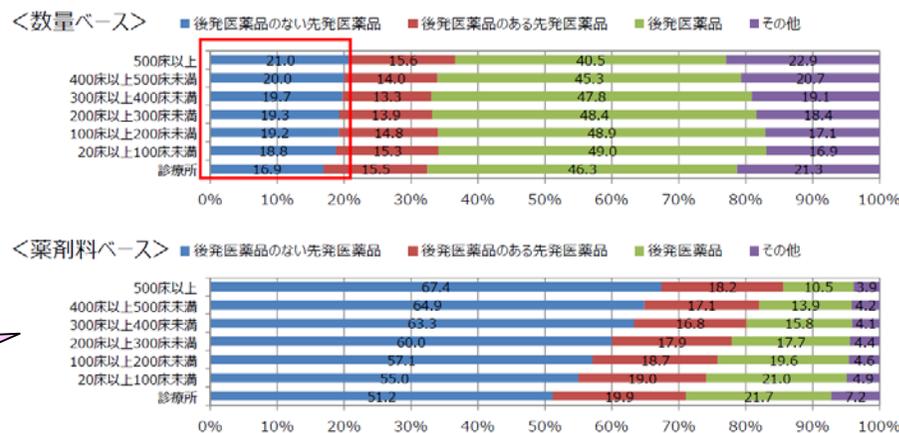
29

変更不可処方箋の割合は前年度調査より減少。  
【先発品銘柄処方箋で変更不可】8.1%⇒6.1%  
【後発品銘柄処方箋で変更不可】1.0%⇒0.6%  
(6月26日中医協総会資料より)

後発品のない先発品が薬局で調剤された割合は、診療所に比べ病院が多く、また病床数が増えるにつれて割合が増える傾向。(6月26日中医協総会資料より)

病床規模別の先発医薬品・後発医薬品の調剤割合①

○ 処方箋発行元医療機関の病床規模別に後発医薬品のない先発医薬品が薬局で調剤された割合は、診療所に比べて病院の方が高く、病床数が増えるにつれてその割合が増える傾向にあった。



同日の資料ではARB、PPIについてのデータも示されており、同様に病床数が増えるにつれて後発品のない先発品が増える傾向であることが示されている。(MPIコメント)

注1) 処方箋発行元医療機関の病床規模別に集計したものである。  
注2) 「薬剤料」は、調剤報酬明細書の「処方」欄に記載された用量、「調剤数量」欄に記載された調剤数量及び「薬価」欄の「個別の医薬品」を算出した薬剤料をいう。  
注3) 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

出典：最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス) (保険局調査課特別集計)(2018年9月調査分) 30

○2019年6月26日中医協総会資料(総-4-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

#### バイオ後続品の使用割合

- 平成28年度のNDBオープンデータでは、バイオ後続品の使用割合（数量ベース）は、エポエチン、フィルグラスチム（G-CSF）で高かった（エポエチン：約67%、フィルグラスチム：約66%）。

<補足> 人工透析等で使用されるエポエチンについて（包括分）

- 血液透析等で「人工腎臓」(J038)を算定する場合、エポエチンの薬剤料は包括されているが、NDBのデータでは包括分の使用量は含まれない。
- 公表されているエポエチンのバイオ後続品の販売量（包括分を含む）を踏まえると、実際のバイオ後続品の使用割合はNDBのデータから算出した割合よりも大きいことが示唆される。

① エポエチンのバイオ後続品を販売する企業の公表資料\*1における平成28年度の販売実績額：約60億円

② NDBのオープンデータでのエポエチンの使用量（約24万筒）と平成28年当時の薬価に基づく薬剤費\*2：約4億円

\*1 平成28年度のキッセイ薬品工業株式会社の決算補足資料 \*2 汎用規格（3,000国際単位）の薬価（先発品：1,800円、バイオ後続品：1,371円）を基に推計

表2 バイオシミラーの件数とシェア（平成28年4月～平成29年3月診療分）

一般名	入院		外来(院内)		外来(院外)		合計	
	BS	先行品	BS	先行品	BS	先行品	BS	先行品
ソマトロピン	0	0	29,111	109,812	5,620	89,203	34,731	199,015
			21.0%	79.0%	5.9%	94.1%	14.9%	85.1%
エポエチン	72,590	45,275	88,120	35,884	0	0	160,710	81,158
	61.6%	38.4%	71.1%	28.9%			66.4%	33.6%
フィルグラスチム	434,436	227,764	133,305	68,245	1,228	1,377	568,969	297,386
	65.6%	34.4%	66.1%	33.9%	47.1%	52.9%	65.7%	34.3%
インフリキシマブ	2,865	70,506	23,944	864,755	0	0	26,810	935,261
	3.9%	96.1%	2.7%	97.3%			2.8%	97.2%
インスリングルルギン	135,781	163,763	409,591	762,435	1,380,200	3,190,739	1,925,572	4,116,936
	45.3%	54.7%	34.9%	65.1%	30.2%	69.8%	31.9%	68.1%
合計	645,672	507,307	684,071	1,841,131	1,387,048	3,281,319	2,716,791	5,629,757
	56.0%	44.0%	27.1%	72.9%	29.7%	70.3%	32.5%	67.5%
処方フィールドのシェア	13.8%		30.3%		55.9%		100%	

出典：国際医薬品情報（2019年1月14日通巻第1121号）バイオシミラー使用促進のための診療報酬制度についての考察（坂巻 弘之）

ソマトロピン：成長ホルモン製剤、  
エポエチン：赤血球増殖因子製剤、  
フィルグラスチム好中球増殖因子製剤、  
インフリキシマブ：リウマチ・炎症性腸疾患等に対する生物学的製剤、  
インスリングルルギン：持効型インスリン製剤

出所：厚生労働省「第3回NDBオープンデータ」をもとに作成(件数)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html)

注：ソマトロピンは、ジェノトロピンに対するシェア。

インスリングルルギンの先行品に「ランタスXRソロスター」は含まない。

処方フィールドのシェアとは、処方件数の入院、外来(院内)、外来(院外)別の内訳(先行品、BS合計)。

医 病薬 調

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

(主な意見)

<後発医薬品の使用促進>

- 薬局では後発医薬品の使用割合が少ない場合の減算を導入している。医療機関における、後発医薬品の使用割合の分布を分析して、後発医薬品の使用割合が低い場合の減算措置を検討する必要があるのではないか。
- 医療機関においても、後発医薬品やバイオ医薬品の使用促進については理解し、協力しているが、適切な診断の下で、一定程度の後発医薬品への変更不可が残る可能性があることにも理解が必要ではないか。

【日医IMPIコメント】

- 現在、調剤基本料において処方箋受付回数600回/月を超える薬局については後発医薬品使用数量割合20%以下の場合に2点減算の仕組みが導入されている。次回の改定では、数量割合を上げてくる可能性もあるか。
- 診療報酬上では減算の仕組みは導入されておらず、今後は医療機関についてもジェネリックの使用割合が低い施設にも減算が導入される可能性は高いのでは？

## ① 医薬品について

### ①－1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

#### (論点)

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進、長期処方時の適正使用、薬剤耐性 (AMR) への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用等について、これまでの診療報酬上の対応やその他最近の状況を踏まえ、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

<長期処方時の適正使用、向精神薬の長期処方への対応等>

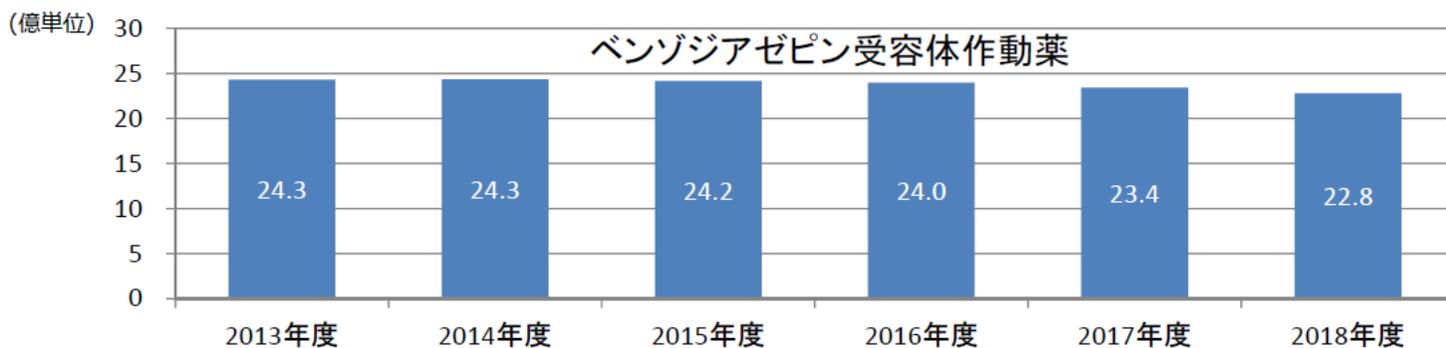
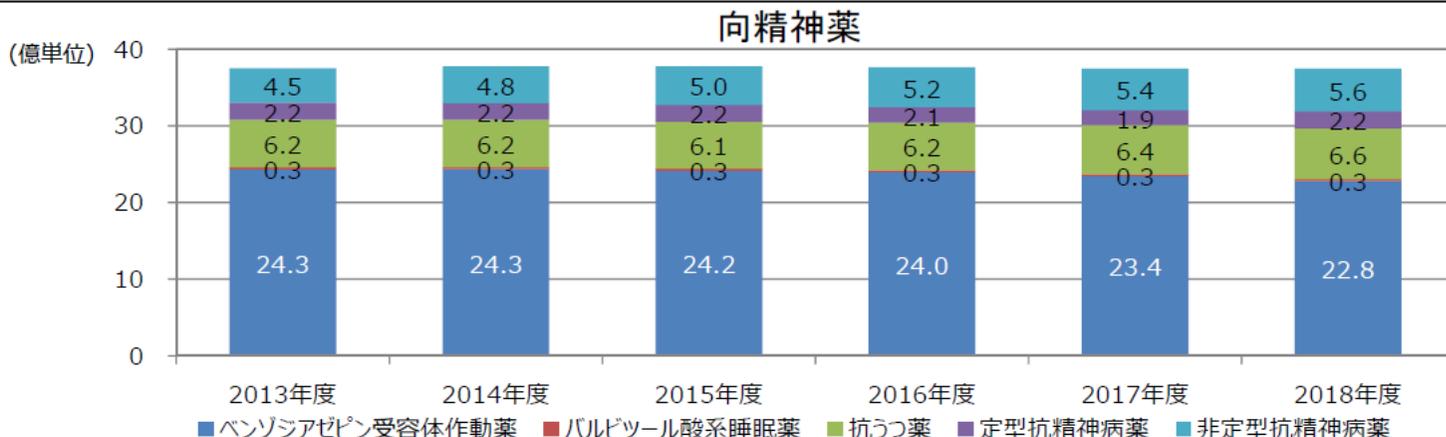
- 近年、処方日数は長くなる傾向にある。代表的な生活習慣病薬では、約30%で投薬日数が30日を超えている。
- 向精神薬への対応については、処方料・処方箋料の減算対象を拡大するとともに、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬の継続処方の適正化を行っている。
- 平成30年度改定において、医療機関の抗菌薬適正使用支援チームの評価や小児の外来診療時の抗菌薬の適正使用に関する取組の評価を新設した。

① 医薬品について

①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

向精神薬及びベンゾジアゼピン受容体作動薬等の数量の推移（調剤分）  
（各年度4～9月）

- 向精神薬の数量は、近年横ばいにある。
- ベンゾジアゼピン受容体作動薬の数量は減少傾向にある。



注1) 2018年度のデータを参照するため、各年度4～9月の値の合計としている。  
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

出典：調剤医療費の動向（調剤メディアス）（保険局調査課特別集計）

医 病薬 調

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

(主な意見)

<長期処方時の適正使用、向精神薬の長期処方への対応等>

- 長期処方の取扱いの明確化が平成28年度診療報酬改定で行われており、その実効性が伴うように施策を講じるべきではないか。
- 向精神薬の適正処方の推進に係る取組を行ってきたが、診療報酬上の取組をさらに検討する必要があるのではないか。
- 分割調剤の普及が進んでいない。分割調剤は認知度が低く、また、処方箋が複数枚となり、技術料も分割されるなど、制度が複雑であるため、活用しやすい仕組みを検討する必要があるのではないか。

【日医工MPIコメント】

- 向精神病薬の多剤投与については、2018年の改定でも処方薬数が多い場合、減算となる措置が取られたが大きな変化が見られていないため、更なる厳しい制限措置が導入される可能性がある。
- 2018年改定では長期処方の拡大とともに「医師の指示による分割調剤」に対して処方箋様式が大きく変更されている。前回、リフィル処方箋を敬遠するために導入した「医師の指示による分割調剤」が拡大していない現状を見ると、リフィル処方箋が導入される可能性は高くなるのでは？

医 病薬 (調)

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

(論点)

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進、長期処方時の適正使用、薬剤耐性 (AMR) への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用等について、これまでの診療報酬上の対応やその他最近の状況を踏まえ、どのように考えるか。

(現状と課題)

<その他>

- 革新的な新規作用機序を有する医薬品について、「最適使用推進ガイドライン」で施設要件等を設定している。粒子線治療等、高度な治療では、複数の視点で適応の是非を検討することを求める施設基準が設定されている場合がある。
- 医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針があり、フォーミュラーと呼ばれる。

## ① 医薬品について

### ① - 1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

#### フォーミュラリーについて

我が国でのフォーミュラリーの厳密な定義はないが、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。

#### (米国病院薬剤師会におけるフォーミュラリーの定義等)

Continually updated list of medications and related information, representing the clinical judgment of physicians, pharmacists, and other experts in the diagnosis, prophylaxis, or treatment of disease and promotion of health.

疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報

Am J Health-Syst Pharm. 2008; 65:1272-83

#### ■ 院内フォーミュラリー及び地域フォーミュラリーについて

	院内フォーミュラリー	地域フォーミュラリー
作成者	院内の医師や薬剤師	地域の医師(会)、薬剤師(会)、中核病院
ステークホルダー (意思決定者)	少ない (理事長・オーナー、薬剤部長など)	多い (診療所、薬局、中核病院、地域保険者、自治体など)
管理運営	病院薬剤部	薬剤師会(医師会)
難易度	易	難
地域の医療経済への影響度	小さい	大きい

57

○2019年6月26日中医協総会資料(総-4-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医 病薬 (調)

① 医薬品について

①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

浜松医科大学医学部附属病院の提供資料を医療課において編集・一部改変

浜松医科大学医学部附属病院での院内フォーミュラーについて①  
(検討体制等)

- 浜松医科大学医学部附属病院では経済性のみではなく、採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことなどにより、質と安全性の高い薬物治療を行うために院内フォーミュラーを作成。
- 院内フォーミュラーの作成は関連する院内部門・委員会、診療科及び薬剤部が連携して行っている。

■ 新規採用医薬品および採用削除医薬品などの取扱内規

【使用指針の基準】(抜粋)

採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価しておくことで、簡便かつ効率的な治療が行うことができる。(中略)この「フォーミュラー」の作成は経済性のみではなく、質と安全性の高い薬物治療を効率的に実施する上で必要不可欠なものである。

■ 院内フォーミュラーの検討体制

薬剤管理委員会

- 【手順3：薬剤管理委員会での承認】
- 院内フォーミュラー案を審議、承認する

- 【手順4：院内フォーミュラーの周知・活用】
- 薬剤管理委員会事務局より、すべての診療科にメールにて連絡を行うとともに、院内ポータルサイトにて周知する
- 必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定し、院内フォーミュラーを周知する(薬剤師は処方提案、医師からの薬剤選択に関する問い合わせの回答に当該院内フォーミュラーを活用)

薬剤部、関連する院内部門・委員会、診療科

- 【手順1：院内フォーミュラー作成対象領域の選定】
- 複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びハイオシマーの採用がある領域について、院内フォーミュラー案の作成を検討する

- 【手順2：院内フォーミュラー案の立案】
- 薬剤部にて院内フォーミュラー案を作成し、根拠となるガイドライン、参考文献や経済効果を示した上で、薬剤部および関連する診療科等において協議し、院内フォーミュラーの原案を作成する

58

院内フォーミュラー事例①  
(6月26日中医協総会資料より)

浜松医科大学医学部附属病院の提供資料を医療課において編集・一部改変

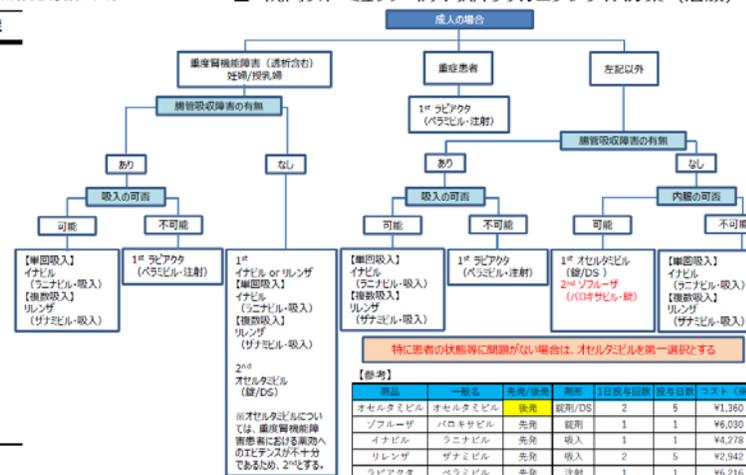
浜松医科大学医学部附属病院での院内フォーミュラーについて②  
(実績等)

- これまでに、13薬効群で院内フォーミュラーが作成されている。

■ 院内フォーミュラー作成薬効群リスト

- 院内フォーミュラー薬効群
- 抗インフルエンザウイルス薬
  - 経口抗菌薬
  - 広域スペクトラム抗菌薬
  - 抗MRSA薬
  - 整腸剤
  - ヘルペスウイルス治療薬
  - インフリキシマブ製剤
  - リツキシマブ製剤
  - 強オピオイド系鎮痛薬
  - 便秘症治療薬
  - ピノプロロール・テープ剤
  - ヨード造影剤
  - プロトンポンプインヒビター

■ 院内フォーミュラー例：抗インフルエンザウイルス薬(治療)



59

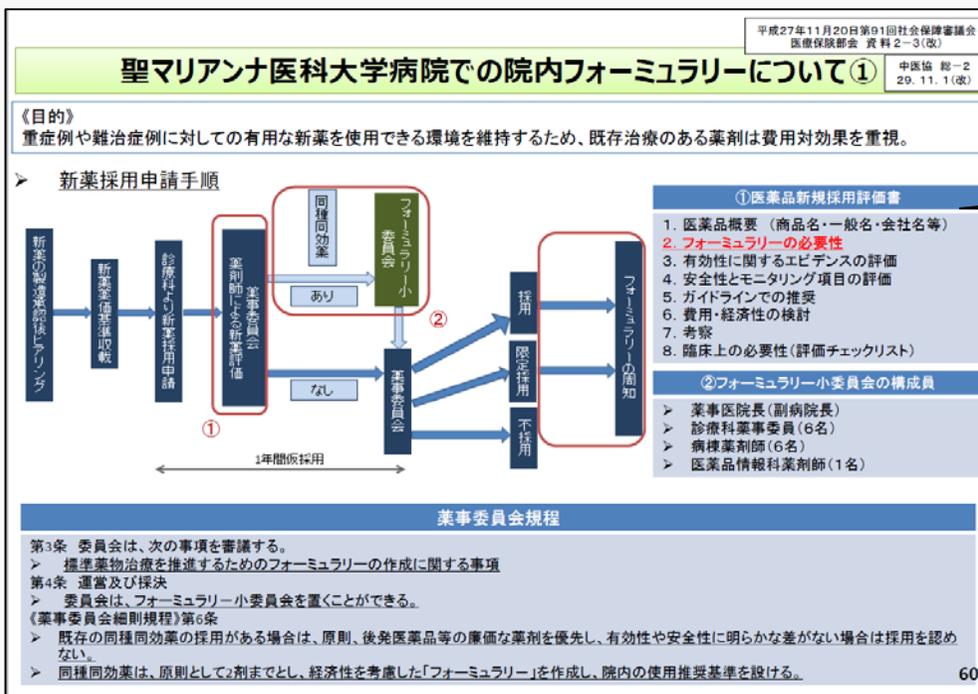
○2019年6月26日中医協総会資料(総-4-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医 病薬 (調)

① 医薬品について

①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など



院内フォーミュラリー事例②  
(6月26日中医協総会資料より)

平成27年11月20日第91回社会保険審議会 医療保険部会 資料2-3(改)について現時点の情報を更新

### 聖マリアンナ医科大学病院での院内フォーミュラリーについて②

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考
PPI注射薬	オメプラゾール注用 (後発品)	タケロン静注用 (先発品)	
H2遮断薬 (内服薬)	ファモチジン (後発品) ラニチジン (後発品)		
α <sup>1</sup> ブロッカー <sup>*</sup> 阻害薬	ボグリボース (後発品) ミグリトール (後発品)		
グリコ系薬	ミチグリコド (後発品) シュアポスト (先発品)		
スタチン系薬	アトルバスタチン (後発品) ロスバスタチン (後発品)	プラバスタチン (後発品) ビタバスタチン (後発品)	
ACE阻害薬/ARB	ACE阻害薬 (後発品) オルメサルタン (後発品) カンデサルタン (後発品)	オルメサルタン (後発品) テルミサルタン (後発品)	アジルバ40mg <sup>※</sup> (先発品) 40mg以上必要な患者 限定・分割不可
ビスホスホネート剤	アレンドロン酸塩錠35mg (後発品) リゼドロン酸Na錠17.5mg (後発品)	アレンドロン酸点滴注用 <sup>※</sup> (後発品) リクラスト点滴注液 <sup>※</sup> (先発品)	立位・座位を保てない患者
PPI経口薬	オメプラゾール (後発品) ランソプラゾール (後発品) ラベプラゾール (後発品)	パリエット5mg (先発品) タケキャブ <sup>※1</sup> (先発品) ネキシウム顆粒 <sup>※2</sup> (先発品)	※1 診療科限定 ※2 小児限定
G-CSF製剤	フィルグラスチムBS (後発品)	ノイトロシ注 (先発品)	
口腔咽頭および食道がん治療薬	フルコナゾールカプセル (後発品) イトラコナゾール錠 (後発品)	イトリゾール内用液 (先発品) ポリコナゾール錠 (先発品)	軽症例限定： ハリソンシロップ フロリードゲル経口用

61

○2019年6月26日中医協総会資料(総-4-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医 病薬 (調)

① 医薬品について

①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

日本海ヘルスケアネットでの地域フォーミュラーについて① (運営体制等)

○ 山形県酒田市の地域医療連携推進法人<sup>注</sup>である日本海ヘルスケアネットでは、病院機構、医師会、薬剤師会等が連携し、病院、診療所が活用する地域全体のフォーミュラーの作成を進めている。  
 注) 地域医療連携推進法人：一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定。

- 日本海ヘルスケアネット業務概要
- 人事交流／派遣体制の整備／職員の共同研修
  - ▶ **地域フォーミュラー**
  - ▶ 維持透析機能の重点、集約化
  - ▶ 検査機能の重点、集約化
  - ▶ 高額医療機器 (CT、MRI等) の共同利用
  - ▶ 患者、住民向けセミナーの開催 など



■ 地域フォーミュラーの検討体制

理事会 (地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット)  
 地域フォーミュラー (案) の承認

地域フォーミュラー協議会  
 メンバー：作成運営委員会委員に加え、自治体 (保険者)、地域の開業医など  
 地域フォーミュラー (案) について審議する

地域フォーミュラー作成運営委員会  
 メンバー：医師会長、薬剤師会長、総合病院院長など  
 地域フォーミュラー (案) を作成  
 地域 (開業医、患者) へ導入についての説明、啓発活動の企画

地域フォーミュラー検討会 (薬剤師会)  
 メンバー：薬局薬剤師、病院薬剤師  
 作成された地域フォーミュラー (案) に対して、選考基準に基づいて**薬剤選定**等を行う  
 地域 (薬剤師、薬局) へ導入についての説明、啓発活動の企画

出典：地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構の提供資料に基づき医療課において作成 62

地域フォーミュラー事例  
 (6月26日中医協総会資料より)

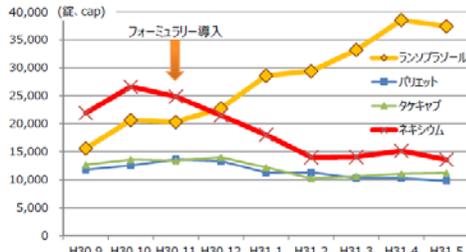
日本海ヘルスケアネットでの地域フォーミュラーについて② (実績等)

- プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 等の薬効群で地域における推奨薬剤リストが作成されている。
- 日本海総合病院においては、一定の導入効果が出ている。

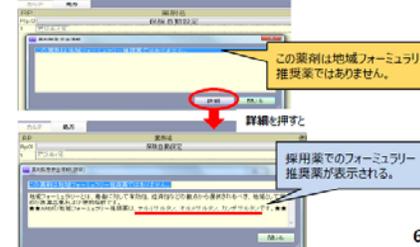
■ 地域フォーミュラー対象薬効群の推奨薬剤リスト

対象薬効群	薬剤名
プロトンポンプ阻害薬	ランソプラゾール
	ラベプラゾール
	オメプラゾール
αグルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース
	ミグリトール
アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬	テルミサルタン (第一推奨薬)
	オルメサルタン (第二推奨薬)
	カンテサルタン (第三推奨薬)
HMG-CoA還元酵素阻害薬	ロスバスタチン
	ピタバスタチン
バイオシミラー製剤	インブリキシマブ
ビスフオスフォネート製剤	アレンドロン酸ナトリウム
	リセドロン酸ナトリウム

■ 地域フォーミュラー導入の効果 (日本海総合病院の事例)



■ 非推奨薬選択時のアラート表示 (日本海総合病院の事例)



出典：地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構の提供資料に基づき医療課において作成

○2019年6月26日中医協総会資料 (総-4-1) より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工 (株) MPIグループが編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

**医 病薬 (調)**

# ① 医薬品について

## ① - 1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

### <参考> 日本海ヘルスケアネットでの地域フォーミュラリーについて③ (後発医薬品の評価基準)

○ 選定された推奨薬剤のうち、具体的にどのメーカーのものを採用するかにあたっては、事前に設定した評価基準に基づきスコア化し、有効性・安全性、経済性、合理性を総合的に検討している。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 生物学的同等性試験の結果<br/>ジェネリック品と標準品の判定パラメーターであるAUCとCmaxについて差異のパーセンテージを算出し絶対値の合計値を算出し低い方から順番に高得点とする。同一の数値になった際は同じ点数にする。<br/>例) 5品目であれば<br/>1位: 5点、2位: 4点、3位: 3点、4位: 2点、5位: 1点<br/>参考パラメーターであるTmaxとT<sub>1/2</sub>については総合得点が並んだ際の判断材料として用いる。</p> <p>② 原薬について<br/>安定供給の側面より複数の企業から調達があるものを高得点とする。<br/>3点: 日本+海外で複数企業、日本国内で複数企業<br/>2点: 海外で複数企業<br/>1点: 日本で1つの企業<br/>0点: 海外で1つの企業<br/>-1点: 非開示</p> | <p>③ 1包化の安定性<br/>2点: パラ包装あり+安定性問題なし<br/>1点: パラ包装なし+安定性問題なし<br/>0点: 安定性問題あり(硬度低下、残存量低下)</p> <p>④ 薬価<br/>医薬品削除、ジェネリックの銘柄処方の際の手間などを考え安価な製品を1点とする。その他は0点</p> <p>⑤ 錠剤印字<br/>両面印字、薬品名の印字などを各薬剤において0~2点で評価する。</p> <p>⑥ 適応相違<br/>適応相違がある場合については、適宜評価する。</p> <p>⑦ 薬剤毎に評価すべき項目がある場合は評価項目を追加する場合もある。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

出典: 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構の提供資料に基づき医療課において作成

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構の提供資料

### 地域フォーミュラリーの地域への影響

#### <患者への影響と可能性>

- ・薬剤が精選され漫然投与や薬剤の成分重複、併用禁忌・注意の回避などポリファーマシーが削減。
- ・医療費減により患者負担が減少。

#### <医療機関への影響と可能性>

- ・基幹病院が地域フォーミュラリー参加することにより、「紹介・逆紹介」を経て薬剤の使用品目が収束し、患者の管理が行いやすくなる。
- ・薬剤費用の節減、在庫減となり、経営改善に寄与。

#### <薬局への影響と可能性>

- ・病院薬剤師と薬局薬剤師の連携が、さらに密になる。
- ・服薬指導、患者管理が効率化され、その精度管理も飛躍的に高められる。
- ・質の高い医薬品の確保と提供ができる。
- ・多品種少量在庫が見直され、薬剤購入の計画性が図られ在庫管理がスムーズになる。

○2019年6月26日中医協総会資料(総-4-1)より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工(株)MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医 病薬 (調)

## ① 医薬品について

### ①-1 ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など

(主な意見)

<フォーミュラーの現状>

- 効能効果が同じであれば後発医薬品を第一選択にすることだけでもフォーミュラーとなり得る。後発医薬品の推進の観点からも進めて行くべきと考える。
- フォーミュラーの取組自体は評価するが、診療報酬上で評価する性質のものではないと考える。
- 関係学会等に対してフォーミュラーを加味した診療ガイドラインの作成を促す等の環境整備を進めていく必要があるのではないか。

【日医工MPIコメント】

- 医療費削減の次なる施策として注目されているフォーミュラーは、診療報酬改定項目としては、導入される可能性の高い項目のひとつではないか？

## ② 医療機器について

### ②-1 医療機器の効率的な利用について（医療機器の共同利用）

#### （論点）

- C TやM R I、ポジトロン断層撮影（P E T）にかかる共同利用の実態を踏まえ、医療機器の効率的な利用をさらに推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

#### （現状と課題）

- 日本のC TやM R Iの人口あたり設置台数は海外と比較して多い傾向にある。また、C TやM R Iの設置台数は増加傾向が続いている。
- 日本のC TやM R Iの人口あたり検査数は海外と比較して多いが、1台当たりの検査数は少なく、月あたり検査数が0件の医療機関も存在している。
- 医療機器の適正かつ効率的な利用を促進する観点から、高機能の診断装置について施設共同利用での撮影を評価すること等の対応を行っている。
- 今後、より効率的な医療提供体制の構築に向け、医療機器の効率的な利用をさらに推進していく必要がある。

#### （主な意見）

- かかりつけ医機能を有する医療機関にC Tなどの機器が配置されることで、早期発見に寄与し、大病院での侵襲性の高い検査を減らしていると考えられる。
- 日本は検査コストが低く、費用対効果は良いのではないか。
- C T/M R Iの月あたり検査数が0件の医療機関に関しては、理由を把握すべき。機器の販売実態を確認する必要があるのではないか。
- 高機能の医療機器に高い診療報酬を付けているのは、むしろ高額な機器の購入を促すことに繋がっているのではないか。
- 共同利用を如何に進めるのかという課題は重粒子線装置などの特に高額な医療機器に絞って検討する必要があるのではないか。
- 共同利用をする場合としない場合のメリハリをつけて充実と適正化を図る方向で検討する必要があるのではないか。

#### 【日医工MPIコメント】

- 消費税増税に伴い、1医療機関単独での高額な医療機器の購入は経営的にも厳しい現状がある。共同利用については診療報酬以外でのインセンティブ（地域医療連携推進法人）等が契機となり進んでいく可能性もある。

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医

## ② 医療機器について

### ②-2 医療機器の有効・安全な利用について（ガイドラインに基づく画像検査の利用）

（論点）

- 画像検査を有効かつ安全に実施する観点から、ガイドライン等に基づく画像検査の実施をさらに推進していくために、どのような対応が考えられるか。

（現状と課題）

- 日本の医療被ばくの線量は世界的にみて高いという現状がある。特にCT検査による被ばくが大きな要因となっている。
- 日本学術会議により、放射線利用の有効性を損なうことなく不必要な被ばくを避け、国民の医療被ばくを低減するために、「CT検査による医療被ばくの低減に関する提言」が行われている。
- 日本医学放射線学会の「画像診断ガイドライン2016」では、推奨されない画像診断についても記載されている。例えば、軽度の頭部損傷を有する小児について、頭蓋内損傷のリスクを評価した上で、リスクが低い場合には頭部CT検査を行うべきではないとしている。
- CT等の画像検査を有効かつ安全に実施する観点から、ガイドライン等に基づいた画像検査を、実態を踏まえながら進めていく必要がある。

（主な意見）

- 臨床上の必要性和検査の持つデメリットを考えながら、検討する必要があるのではないか。

## ② 医療機器について

## ②－3 医療機器の有効・安全な利用について（超音波検査の活用）

## （論点）

- 超音波検査について、高度化及び多様化が進む中、その評価をどのように考えるか。

## （現状と課題）

- CTやMRIと比較して簡便、低侵襲かつ有用な検査方法として超音波検査がある。
- 医療現場で使用される超音波診断装置は高度化・多様化してきている。
- 高度化、多様化する超音波検査について、評価の在り方を検討する必要がある。

## （主な意見）

- 国民に必要な医療が提供されないことがないように留意しながら、検討する必要があるのではないか。
- 在宅医療の場面などで簡便に行われている検査と、病院の中において精査されている場合とは、区別した評価とする検討が必要ではないか。

## ① 地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について

医

### (論点)

- 地域における医療提供体制の確保を進めるため、異なる機能を担う医療機関がそれぞれの役割を維持しつつ、医療機関間の機能分化・連携を進めやすくするような評価の在り方について、各入院料の届出等の状況や、平成30年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どのように考えるか。

### (現状と課題)

#### <入院医療の現状>

- 入院患者数・入院受療率は、全体的に低下傾向。
- 人口10万人あたり病院数・病床数は、ともに減少傾向。一般病床数は、横ばいから減少傾向。
- 開設者別の病院病床数は、医療法人の占める割合が多く、構成割合に大きな変化はない。
- 2015年から2040年の市区町村の人口変動をみると、人口が大きく減少する市区町村が存在する。

#### <入院医療の診療報酬>

- 入院医療にかかる評価については、平成30年度診療報酬改定において、基本的な診療に係る評価（基本部分）と、診療実績に応じた段階的な評価（実績部分）との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合した。
- 一般病棟入院基本料の届出施設数は概ね横ばいだが、7対1や10対1の届出病床数は減少傾向。地域包括ケア病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1、療養病棟入院基本料1は、届出施設数・病床数ともに、増加傾向。
- 入院料別の開設者の割合をみると、いずれも民間の占める割合が多いが、一般病棟入院基本料（7対1）や地域包括ケア病棟入院料1では、国立、公立、公的・組合の占める割合が比較的多い。
- 入院患者の状態をみると、概ね急性期の入院料の方が、年齢層が若く、要介護・要支援が少なく、自立した患者が多い。

#### <入院医療提供体制の施策>

- 医療計画において、都道府県が策定すべき事項として、医療圏の設定や基準病床数の算定、地域医療構想等が定められている。
- 地域医療構想の実現に向けて、これまで、地域医療構想調整会議の設置や、公立・公的医療機関等の医療機能を見直すための改革プランの合意等の取組を行った。
- 地域医療構想の進め方として、都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的方針をとりまとめることとされている。

## ① 地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について

医

## (主な意見)

- 地域によって人口変動や医療提供体制が様々であることから、診療報酬は地域医療構想に寄り添う範囲での対応に留める必要があるのではないか。
- 診療報酬は地域医療構想に寄り添い、後押ししていく観点から議論していく必要があるのではないか。
- 入院医療の評価体系については、平成30年度診療報酬改定での見直しの検証を最優先に実施し、今後の対応を検討する必要がある。
- 病床数が要件に入っている診療報酬の項目については、地域によっては病床数に関係なく役割を果たしている医療機関があることに留意が必要である。

## ② 地域における情報共有・連携について

医 病薬 調

### (論点)

- 患者の在宅復帰や、医療機関間の連携をさらに進める観点から、病床機能連携にかかる評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療情報の標準化や、地域医療情報連携ネットワークの構築については、基盤整備のための基金が創設されたところ。医療機関間における診療情報の電子的な送受にかかる評価の在り方については、今後、ネットワークの具体的な活用状況やその効果等を踏まえて検討してはどうか。
- 医療機関と薬局や訪問看護ステーションの連携について、医療現場の取組状況や、平成30年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どのように考えるか。

### (現状と課題)

#### <病床機能連携にかかる評価>

- 平成30年度診療報酬改定において、患者の在宅復帰や医療機関間の連携を推進する観点から、在宅復帰・病床機能連携率等の要件の見直しを行った。また、在宅や急性期病棟から患者を受け入れた場合の評価について、入院・入棟元を在宅と急性期病棟で分けて評価することとした。
- 入院料別の病棟の患者の流れをみると、急性期一般入院料1では自宅への入退棟が多かった。地域包括ケア病棟・病室には自院の一般病床から、回復期リハビリテーション病棟には他院の一般病床から入棟する患者が多く、ともに退棟先は自宅が多かった。療養病棟では自宅からの入棟が多く、死亡退院が多かった。

#### <医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワーク>

- 医療分野におけるICTの活用を進め、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、令和元年度に医療情報化支援基金が創設された。
- 現在、地域によっては、医療機関間が診療上必要な医療情報を電子的に共有・閲覧できる仕組みとして、地域医療情報連携ネットワークが構築されている。
- 平成28年度診療報酬改定において、システム等にかかる一定の施設基準のもと、画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価を新設し、算定件数は増加傾向にある。
- 薬局において、地域医療連携ネットワークを通じて診療情報や検査値を活用し、投与量や有害事象の確認等の安全対策に取り組んでいる事例がある。

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ② 地域における情報共有・連携について

医 病薬 調

(現状と課題) 続き

＜医療機関と薬局との連携＞

- 平成30年度診療報酬改定において、医療機関の求めに応じて服薬情報の提供を行った場合の評価の拡充や、地域医療に貢献する薬局の評価等を行った。
- トレーシングレポート（服薬情報提供文書）により、即時性が低いものの薬物療法に必須な情報を薬局が医療機関に伝達し、次回診療時に活用する取組が行われている。

＜医療機関と訪問看護ステーションの連携＞

- 患者の入院等にあたり訪問看護ステーションから医療機関等への情報提供の仕組みとして、平成30年度診療報酬改定で新設された訪問看護情報提供療養費3を算定した訪問看護ステーションは約1割。
- 医療機関においては、専門の研修を受けた看護師による同行訪問や退院前後の訪問指導を実施しており、算定件数は概ね増加傾向。

## ② 地域における情報共有・連携について

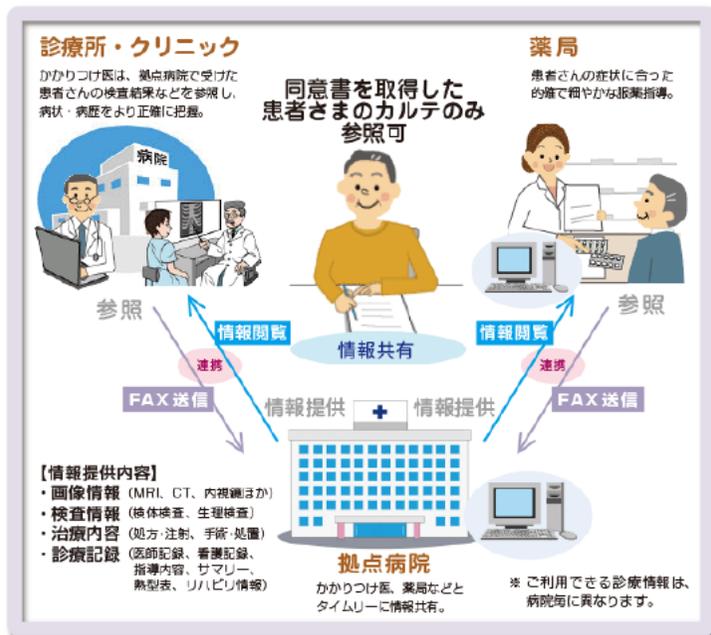
医 病薬 調

### 薬局における地域医療連携ネットワークの活用等について

- 長崎県では「あじさいネット」を活用した医療機関等・薬局等の情報共有や連携が行われている。
- 薬局においては診療情報や検査値等を活用し、投与量や有害事象の確認等の安全対策に取り組んでいる。

#### ● あじさいネットとは

あじさいネットとは、長崎の地域医療ネットワークシステムであり、患者の同意のもと、診療情報を複数の医療機関等と薬局で共有することにより、安全で高品質な医療を提供し地域医療の質の向上を目指すもの。



画像：あじさいネットのウェブサイトより抜粋

#### ● 参加状況

- ・全登録患者数\* 89,458名 \*全例で同意書取得済 (2018年2月28日現在)
- ・会員数 1,367名
- ・情報提供病院 37施設
- ・情報閲覧施設 344施設

薬局における地域連携ネットワーク活用事例の紹介 (7月10日中医協総会資料より)

#### 【情報閲覧施設の種別内訳】

病院・診療所：209、歯科：1、訪問看護：17  
 薬局：108、介護：6、行政：1、その他：2  
 (2019年3月28日現在)

#### ● 薬局での活用状況

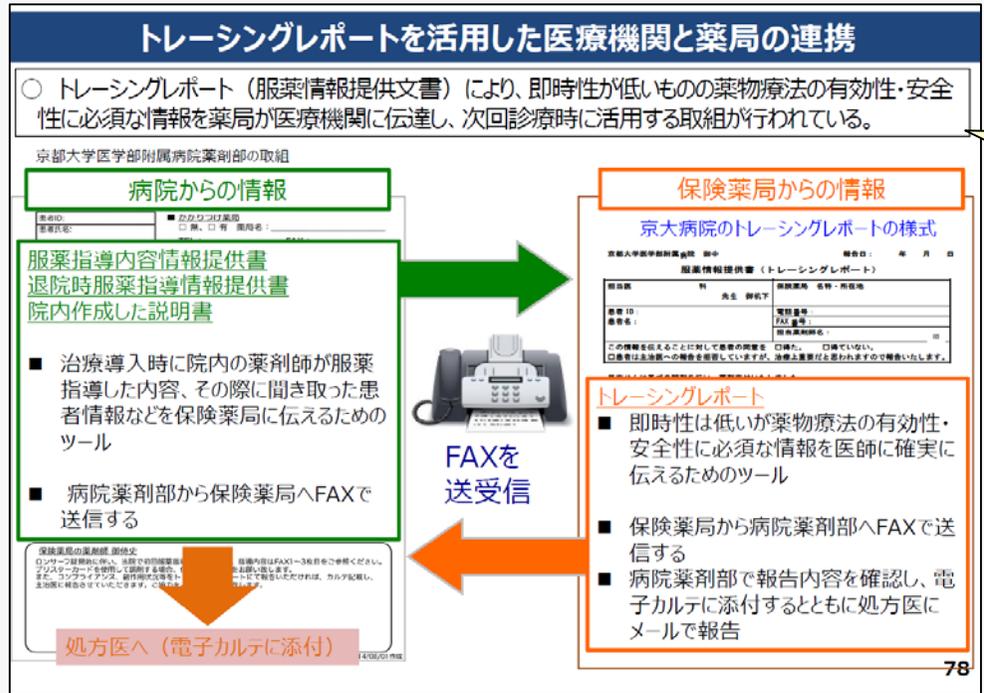
(あじさいネットを利用した薬局へのアンケート調査による)



平成28年度 患者のための薬局ビジョン推進事業 あじさいネットを活用した「かかりつけ薬剤師・薬局」機能強化推進事業に基づき医療課において抜粋・一部改変

医 病薬 調

② 地域における情報共有・連携について



トレーシングレポートを活用した医療機関と薬局の連携事例の紹介（7月10日中医協総会資料より）

### 薬物療法に関する医療機関と薬局の連携（抗がん剤治療のフォローアップ）

平成30年10月18日 第7回 医薬品医療機器制度部会 資料2

○ がんの薬物療法など、より丁寧な薬学的管理を要する疾患においては、医療機関からの指示に基づいて薬局薬剤師が服用期間中の服薬状況等をフォローし、その結果を医療機関に共有することで、副作用等への対応をより適切に行うことができる。

○ ごつした機能を発揮するためには、医療機関と薬局の密な連携が重要。

「薬剤師が担う医療機関と薬局間の連携手法の検討とアウトカムの評価研究」（平成28年度～29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金）

- 研究代表者：安原 眞人（東京医科歯科大学）
- 研究目的：プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）により、がん外来化学療法で経口抗がん剤を服用している患者に対して、薬局が服用期間中にフォローアップを行うことの効果を研究

実施フロー図

```

    graph TD
        A[事前] --> B[事前]
        B[事前] --> C[事前]
        C[事前] --> D[事前]
        D[事前] --> E[事前]
        E[事前] --> F[事前]
        F[事前] --> G[事前]
        G[事前] --> H[事前]
        H[事前] --> I[事前]
        I[事前] --> J[事前]
        J[事前] --> K[事前]
        K[事前] --> L[事前]
        L[事前] --> M[事前]
        M[事前] --> N[事前]
        N[事前] --> O[事前]
        O[事前] --> P[事前]
        P[事前] --> Q[事前]
        Q[事前] --> R[事前]
        R[事前] --> S[事前]
        S[事前] --> T[事前]
        T[事前] --> U[事前]
        U[事前] --> V[事前]
        V[事前] --> W[事前]
        W[事前] --> X[事前]
        X[事前] --> Y[事前]
        Y[事前] --> Z[事前]
        Z[事前] --> AA[事前]
        AA[事前] --> AB[事前]
        AB[事前] --> AC[事前]
        AC[事前] --> AD[事前]
        AD[事前] --> AE[事前]
        AE[事前] --> AF[事前]
        AF[事前] --> AG[事前]
        AG[事前] --> AH[事前]
        AH[事前] --> AI[事前]
        AI[事前] --> AJ[事前]
        AJ[事前] --> AK[事前]
        AK[事前] --> AL[事前]
        AL[事前] --> AM[事前]
        AM[事前] --> AN[事前]
        AN[事前] --> AO[事前]
        AO[事前] --> AP[事前]
        AP[事前] --> AQ[事前]
        AQ[事前] --> AR[事前]
        AR[事前] --> AS[事前]
        AS[事前] --> AT[事前]
        AT[事前] --> AU[事前]
        AU[事前] --> AV[事前]
        AV[事前] --> AW[事前]
        AW[事前] --> AX[事前]
        AX[事前] --> AY[事前]
        AY[事前] --> AZ[事前]
        AZ[事前] --> BA[事前]
        BA[事前] --> BB[事前]
        BB[事前] --> BC[事前]
        BC[事前] --> BD[事前]
        BD[事前] --> BE[事前]
        BE[事前] --> BF[事前]
        BF[事前] --> BG[事前]
        BG[事前] --> BH[事前]
        BH[事前] --> BI[事前]
        BI[事前] --> BJ[事前]
        BJ[事前] --> BK[事前]
        BK[事前] --> BL[事前]
        BL[事前] --> BM[事前]
        BM[事前] --> BN[事前]
        BN[事前] --> BO[事前]
        BO[事前] --> BP[事前]
        BP[事前] --> BQ[事前]
        BQ[事前] --> BR[事前]
        BR[事前] --> BS[事前]
        BS[事前] --> BT[事前]
        BT[事前] --> BU[事前]
        BU[事前] --> BV[事前]
        BV[事前] --> BW[事前]
        BW[事前] --> BX[事前]
        BX[事前] --> BY[事前]
        BY[事前] --> BZ[事前]
        BZ[事前] --> CA[事前]
        CA[事前] --> CB[事前]
        CB[事前] --> CC[事前]
        CC[事前] --> CD[事前]
        CD[事前] --> CE[事前]
        CE[事前] --> CF[事前]
        CF[事前] --> CG[事前]
        CG[事前] --> CH[事前]
        CH[事前] --> CI[事前]
        CI[事前] --> CJ[事前]
        CJ[事前] --> CK[事前]
        CK[事前] --> CL[事前]
        CL[事前] --> CM[事前]
        CM[事前] --> CN[事前]
        CN[事前] --> CO[事前]
        CO[事前] --> CP[事前]
        CP[事前] --> CQ[事前]
        CQ[事前] --> CR[事前]
        CR[事前] --> CS[事前]
        CS[事前] --> CT[事前]
        CT[事前] --> CU[事前]
        CU[事前] --> CV[事前]
        CV[事前] --> CW[事前]
        CW[事前] --> CX[事前]
        CX[事前] --> CY[事前]
        CY[事前] --> CZ[事前]
        CZ[事前] --> DA[事前]
        DA[事前] --> DB[事前]
        DB[事前] --> DC[事前]
        DC[事前] --> DD[事前]
        DD[事前] --> DE[事前]
        DE[事前] --> DF[事前]
        DF[事前] --> DG[事前]
        DG[事前] --> DH[事前]
        DH[事前] --> DI[事前]
        DI[事前] --> DJ[事前]
        DJ[事前] --> DK[事前]
        DK[事前] --> DL[事前]
        DL[事前] --> DM[事前]
        DM[事前] --> DN[事前]
        DN[事前] --> DO[事前]
        DO[事前] --> DP[事前]
        DP[事前] --> DQ[事前]
        DQ[事前] --> DR[事前]
        DR[事前] --> DS[事前]
        DS[事前] --> DT[事前]
        DT[事前] --> DU[事前]
        DU[事前] --> DV[事前]
        DV[事前] --> DW[事前]
        DW[事前] --> DX[事前]
        DX[事前] --> DY[事前]
        DY[事前] --> DZ[事前]
        DZ[事前] --> EA[事前]
        EA[事前] --> EB[事前]
        EB[事前] --> EC[事前]
        EC[事前] --> ED[事前]
        ED[事前] --> EE[事前]
        EE[事前] --> EF[事前]
        EF[事前] --> EG[事前]
        EG[事前] --> EH[事前]
        EH[事前] --> EI[事前]
        EI[事前] --> EJ[事前]
        EJ[事前] --> EK[事前]
        EK[事前] --> EL[事前]
        EL[事前] --> EM[事前]
        EM[事前] --> EN[事前]
        EN[事前] --> EO[事前]
        EO[事前] --> EP[事前]
        EP[事前] --> EQ[事前]
        EQ[事前] --> ER[事前]
        ER[事前] --> ES[事前]
        ES[事前] --> ET[事前]
        ET[事前] --> EU[事前]
        EU[事前] --> EV[事前]
        EV[事前] --> EW[事前]
        EW[事前] --> EX[事前]
        EX[事前] --> EY[事前]
        EY[事前] --> EZ[事前]
        EZ[事前] --> FA[事前]
        FA[事前] --> FB[事前]
        FB[事前] --> FC[事前]
        FC[事前] --> FD[事前]
        FD[事前] --> FE[事前]
        FE[事前] --> FF[事前]
        FF[事前] --> FG[事前]
        FG[事前] --> FH[事前]
        FH[事前] --> FI[事前]
        FI[事前] --> FJ[事前]
        FJ[事前] --> FK[事前]
        FK[事前] --> FL[事前]
        FL[事前] --> FM[事前]
        FM[事前] --> FN[事前]
        FN[事前] --> FO[事前]
        FO[事前] --> FP[事前]
        FP[事前] --> FQ[事前]
        FQ[事前] --> FR[事前]
        FR[事前] --> FS[事前]
        FS[事前] --> FT[事前]
        FT[事前] --> FU[事前]
        FU[事前] --> FV[事前]
        FV[事前] --> FW[事前]
        FW[事前] --> FX[事前]
        FX[事前] --> FY[事前]
        FY[事前] --> FZ[事前]
        FZ[事前] --> GA[事前]
        GA[事前] --> GB[事前]
        GB[事前] --> GC[事前]
        GC[事前] --> GD[事前]
        GD[事前] --> GE[事前]
        GE[事前] --> GF[事前]
        GF[事前] --> GG[事前]
        GG[事前] --> GH[事前]
        GH[事前] --> GI[事前]
        GI[事前] --> GJ[事前]
        GJ[事前] --> GK[事前]
        GK[事前] --> GL[事前]
        GL[事前] --> GM[事前]
        GM[事前] --> GN[事前]
        GN[事前] --> GO[事前]
        GO[事前] --> GP[事前]
        GP[事前] --> GQ[事前]
        GQ[事前] --> GR[事前]
        GR[事前] --> GS[事前]
        GS[事前] --> GT[事前]
        GT[事前] --> GU[事前]
        GU[事前] --> GV[事前]
        GV[事前] --> GW[事前]
        GW[事前] --> GX[事前]
        GX[事前] --> GY[事前]
        GY[事前] --> GZ[事前]
        GZ[事前] --> HA[事前]
        HA[事前] --> HB[事前]
        HB[事前] --> HC[事前]
        HC[事前] --> HD[事前]
        HD[事前] --> HE[事前]
        HE[事前] --> HF[事前]
        HF[事前] --> HG[事前]
        HG[事前] --> HH[事前]
        HH[事前] --> HI[事前]
        HI[事前] --> HJ[事前]
        HJ[事前] --> HK[事前]
        HK[事前] --> HL[事前]
        HL[事前] --> HM[事前]
        HM[事前] --> HN[事前]
        HN[事前] --> HO[事前]
        HO[事前] --> HP[事前]
        HP[事前] --> HQ[事前]
        HQ[事前] --> HR[事前]
        HR[事前] --> HS[事前]
        HS[事前] --> HT[事前]
        HT[事前] --> HU[事前]
        HU[事前] --> HV[事前]
        HV[事前] --> HW[事前]
        HW[事前] --> HX[事前]
        HX[事前] --> HY[事前]
        HY[事前] --> HZ[事前]
        HZ[事前] --> IA[事前]
        IA[事前] --> IB[事前]
        IB[事前] --> IC[事前]
        IC[事前] --> ID[事前]
        ID[事前] --> IE[事前]
        IE[事前] --> IF[事前]
        IF[事前] --> IG[事前]
        IG[事前] --> IH[事前]
        IH[事前] --> II[事前]
        II[事前] --> IJ[事前]
        IJ[事前] --> IK[事前]
        IK[事前] --> IL[事前]
        IL[事前] --> IM[事前]
        IM[事前] --> IN[事前]
        IN[事前] --> IO[事前]
        IO[事前] --> IP[事前]
        IP[事前] --> IQ[事前]
        IQ[事前] --> IR[事前]
        IR[事前] --> IS[事前]
        IS[事前] --> IT[事前]
        IT[事前] --> IU[事前]
        IU[事前] --> IV[事前]
        IV[事前] --> IW[事前]
        IW[事前] --> IX[事前]
        IX[事前] --> IY[事前]
        IY[事前] --> IZ[事前]
        IZ[事前] --> JA[事前]
        JA[事前] --> JB[事前]
        JB[事前] --> JC[事前]
        JC[事前] --> JD[事前]
        JD[事前] --> JE[事前]
        JE[事前] --> JF[事前]
        JF[事前] --> JG[事前]
        JG[事前] --> JH[事前]
        JH[事前] --> JI[事前]
        JI[事前] --> JJ[事前]
        JJ[事前] --> JK[事前]
        JK[事前] --> JL[事前]
        JL[事前] --> JM[事前]
        JM[事前] --> JN[事前]
        JN[事前] --> JO[事前]
        JO[事前] --> JP[事前]
        JP[事前] --> JQ[事前]
        JQ[事前] --> JR[事前]
        JR[事前] --> JS[事前]
        JS[事前] --> JT[事前]
        JT[事前] --> JU[事前]
        JU[事前] --> JV[事前]
        JV[事前] --> JW[事前]
        JW[事前] --> JX[事前]
        JX[事前] --> JY[事前]
        JY[事前] --> JZ[事前]
        JZ[事前] --> KA[事前]
        KA[事前] --> KB[事前]
        KB[事前] --> KC[事前]
        KC[事前] --> KD[事前]
        KD[事前] --> KE[事前]
        KE[事前] --> KF[事前]
        KF[事前] --> KG[事前]
        KG[事前] --> KH[事前]
        KH[事前] --> KI[事前]
        KI[事前] --> KJ[事前]
        KJ[事前] --> KK[事前]
        KK[事前] --> KL[事前]
        KL[事前] --> KM[事前]
        KM[事前] --> KN[事前]
        KN[事前] --> KO[事前]
        KO[事前] --> KP[事前]
        KP[事前] --> KQ[事前]
        KQ[事前] --> KR[事前]
        KR[事前] --> KS[事前]
        KS[事前] --> KT[事前]
        KT[事前] --> KU[事前]
        KU[事前] --> KV[事前]
        KV[事前] --> KW[事前]
        KW[事前] --> KX[事前]
        KX[事前] --> KY[事前]
        KY[事前] --> KZ[事前]
        KZ[事前] --> LA[事前]
        LA[事前] --> LB[事前]
        LB[事前] --> LC[事前]
        LC[事前] --> LD[事前]
        LD[事前] --> LE[事前]
        LE[事前] --> LF[事前]
        LF[事前] --> LG[事前]
        LG[事前] --> LH[事前]
        LH[事前] --> LI[事前]
        LI[事前] --> LJ[事前]
        LJ[事前] --> LK[事前]
        LK[事前] --> LL[事前]
        LL[事前] --> LM[事前]
        LM[事前] --> LN[事前]
        LN[事前] --> LO[事前]
        LO[事前] --> LP[事前]
        LP[事前] --> LQ[事前]
        LQ[事前] --> LR[事前]
        LR[事前] --> LS[事前]
        LS[事前] --> LT[事前]
        LT[事前] --> LU[事前]
        LU[事前] --> LV[事前]
        LV[事前] --> LW[事前]
        LW[事前] --> LX[事前]
        LX[事前] --> LY[事前]
        LY[事前] --> LZ[事前]
        LZ[事前] --> MA[事前]
        MA[事前] --> MB[事前]
        MB[事前] --> MC[事前]
        MC[事前] --> MD[事前]
        MD[事前] --> ME[事前]
        ME[事前] --> MF[事前]
        MF[事前] --> MG[事前]
        MG[事前] --> MH[事前]
        MH[事前] --> MI[事前]
        MI[事前] --> MJ[事前]
        MJ[事前] --> MK[事前]
        MK[事前] --> ML[事前]
        ML[事前] --> MM[事前]
        MM[事前] --> MN[事前]
        MN[事前] --> MO[事前]
        MO[事前] --> MP[事前]
        MP[事前] --> MQ[事前]
        MQ[事前] --> MR[事前]
        MR[事前] --> MS[事前]
        MS[事前] --> MT[事前]
        MT[事前] --> MU[事前]
        MU[事前] --> MV[事前]
        MV[事前] --> MW[事前]
        MW[事前] --> MX[事前]
        MX[事前] --> MY[事前]
        MY[事前] --> MZ[事前]
        MZ[事前] --> NA[事前]
        NA[事前] --> NB[事前]
        NB[事前] --> NC[事前]
        NC[事前] --> ND[事前]
        ND[事前] --> NE[事前]
        NE[事前] --> NF[事前]
        NF[事前] --> NG[事前]
        NG[事前] --> NH[事前]
        NH[事前] --> NI[事前]
        NI[事前] --> NJ[事前]
        NJ[事前] --> NK[事前]
        NK[事前] --> NL[事前]
        NL[事前] --> NM[事前]
        NM[事前] --> NN[事前]
        NN[事前] --> NO[事前]
        NO[事前] --> NP[事前]
        NP[事前] --> NQ[事前]
        NQ[事前] --> NR[事前]
        NR[事前] --> NS[事前]
        NS[事前] --> NT[事前]
        NT[事前] --> NU[事前]
        NU[事前] --> NV[事前]
        NV[事前] --> NW[事前]
        NW[事前] --> NX[事前]
        NX[事前] --> NY[事前]
        NY[事前] --> NZ[事前]
        NZ[事前] --> OA[事前]
        OA[事前] --> OB[事前]
        OB[事前] --> OC[事前]
        OC[事前] --> OD[事前]
        OD[事前] --> OE[事前]
        OE[事前] --> OF[事前]
        OF[事前] --> OG[事前]
        OG[事前] --> OH[事前]
        OH[事前] --> OI[事前]
        OI[事前] --> OJ[事前]
        OJ[事前] --> OK[事前]
        OK[事前] --> OL[事前]
        OL[事前] --> OM[事前]
        OM[事前] --> ON[事前]
        ON[事前] --> OO[事前]
        OO[事前] --> OP[事前]
        OP[事前] --> OQ[事前]
        OQ[事前] --> OR[事前]
        OR[事前] --> OS[事前]
        OS[事前] --> OT[事前]
        OT[事前] --> OU[事前]
        OU[事前] --> OV[事前]
        OV[事前] --> OW[事前]
        OW[事前] --> OX[事前]
        OX[事前] --> OY[事前]
        OY[事前] --> OZ[事前]
        OZ[事前] --> PA[事前]
        PA[事前] --> PB[事前]
        PB[事前] --> PC[事前]
        PC[事前] --> PD[事前]
        PD[事前] --> PE[事前]
        PE[事前] --> PF[事前]
        PF[事前] --> PG[事前]
        PG[事前] --> PH[事前]
        PH[事前] --> PI[事前]
        PI[事前] --> PJ[事前]
        PJ[事前] --> PK[事前]
        PK[事前] --> PL[事前]
        PL[事前] --> PM[事前]
        PM[事前] --> PN[事前]
        PN[事前] --> PO[事前]
        PO[事前] --> PP[事前]
        PP[事前] --> PQ[事前]
        PQ[事前] --> PR[事前]
        PR[事前] --> PS[事前]
        PS[事前] --> PT[事前]
        PT[事前] --> PU[事前]
        PU[事前] --> PV[事前]
        PV[事前] --> PW[事前]
        PW[事前] --> PX[事前]
        PX[事前] --> PY[事前]
        PY[事前] --> PZ[事前]
        PZ[事前] --> QA[事前]
        QA[事前] --> QB[事前]
        QB[事前] --> QC[事前]
        QC[事前] --> QD[事前]
        QD[事前] --> QE[事前]
        QE[事前] --> QF[事前]
        QF[事前] --> QG[事前]
        QG[事前] --> QH[事前]
        QH[事前] --> QI[事前]
        QI[事前] --> QJ[事前]
        QJ[事前] --> QK[事前]
        QK[事前] --> QL[事前]
        QL[事前] --> QM[事前]
        QM[事前] --> QN[事前]
        QN[事前] --> QO[事前]
        QO[事前] --> QP[事前]
        QP[事前] --> QQ[事前]
        QQ[事前] --> QR[事前]
        QR[事前] --> QS[事前]
        QS[事前] --> QT[事前]
        QT[事前] --> QU[事前]
        QU[事前] --> QV[事前]
        QV[事前] --> QW[事前]
        QW[事前] --> QX[事前]
        QX[事前] --> QY[事前]
        QY[事前] --> QZ[事前]
        QZ[事前] --> RA[事前]
        RA[事前] --> RB[事前]
        RB[事前] --> RC[事前]
        RC[事前] --> RD[事前]
        RD[事前] --> RE[事前]
        RE[事前] --> RF[事前]
        RF[事前] --> RG[事前]
        RG[事前] --> RH[事前]
        RH[事前] --> RI[事前]
        RI[事前] --> RJ[事前]
        RJ[事前] --> RK[事前]
        RK[事前] --> RL[事前]
        RL[事前] --> RM[事前]
        RM[事前] --> RN[事前]
        RN[事前] --> RO[事前]
        RO[事前] --> RP[事前]
        RP[事前] --> RQ[事前]
        RQ[事前] --> RR[事前]
        RR[事前] --> RS[事前]
        RS[事前] --> RT[事前]
        RT[事前] --> RU[事前]
        RU[事前] --> RV[事前]
        RV[事前] --> RW[事前]
        RW[事前] --> RX[事前]
        RX[事前] --> RY[事前]
        RY[事前] --> RZ[事前]
        RZ[事前] --> SA[事前]
        SA[事前] --> SB[事前]
        SB[事前] --> SC[事前]
        SC[事前] --> SD[事前]
        SD[事前] --> SE[事前]
        SE[事前] --> SF[事前]
        SF[事前] --> SG[事前]
        SG[事前] --> SH[事前]
        SH[事前] --> SI[事前]
        SI[事前] --> SJ[事前]
        SJ[事前] --> SK[事前]
        SK[事前] --> SL[事前]
        SL[事前] --> SM[事前]
        SM[事前] --> SN[事前]
        SN[事前] --> SO[事前]
        SO[事前] --> SP[事前]
        SP[事前] --> SQ[事前]
        SQ[事前] --> SR[事前]
        SR[事前] --> SS[事前]
        SS[事前] --> ST[事前]
        ST[事前] --> SU[事前]
        SU[事前] --> SV[事前]
        SV[事前] --> SW[事前]
        SW[事前] --> SX[事前]
        SX[事前] --> SY[事前]
        SY[事前] --> SZ[事前]
        SZ[事前] --> TA[事前]
        TA[事前] --> TB[事前]
        TB[事前] --> TC[事前]
        TC[事前] --> TD[事前]
        TD[事前] --> TE[事前]
        TE[事前] --> TF[事前]
        TF[事前] --> TG[事前]
        TG[事前] --> TH[事前]
        TH[事前] --> TI[事前]
        TI[事前] --> TJ[事前]
        TJ[事前] --> TK[事前]
        TK[事前] --> TL[事前]
        TL[事前] --> TM[事前]
        TM[事前] --> TN[事前]
        TN[事前] --> TO[事前]
        TO[事前] --> TP[事前]
        TP[事前] --> TQ[事前]
        TQ[事前] --> TR[事前]
        TR[事前] --> TS[事前]
        TS[事前] --> TT[事前]
        TT[事前] --> TU[事前]
        TU[事前] --> TV[事前]
        TV[事前] --> TW[事前]
        TW[事前] --> TX[事前]
        TX[事前] --> TY[事前]
        TY[事前] --> TZ[事前]
        TZ[事前] --> UA[事前]
        UA[事前] --> UB[事前]
        UB[事前] --> UC[事前]
        UC[事前] --> UD[事前]
        UD[事前] --> UE[事前]
        UE[事前] --> UF[事前]
        UF[事前] --> UG[事前]
        UG[事前] --> UH[事前]
        UH[事前] --> UI[事前]
        UI[事前] --> UJ[事前]
        UJ[事前] --> UK[事前]
        UK[事前] --> UL[事前]
        UL[事前] --> UM[事前]
        UM[事前] --> UN[事前]
        UN[事前] --> UO[事前]
        UO[事前] --> UP[事前]
        UP[事前] --> UQ[事前]
        UQ[事前] --> UR[事前]
        UR[事前] --> US[事前]
        US[事前] --> UT[事前]
        UT[事前] --> UY[事前]
        UY[事前] --> UZ[事前]
        UZ[事前] --> VA[事前]
        VA[事前] --> VB[事前]
        VB[事前] --> VC[事前]
        VC[事前] --> VD[事前]
        VD[事前] --> VE[事前]
        VE[事前] --> VF[事前]
        VF[事前] --> VG[事前]
        VG[事前] --> VH[事前]
        VH[事前] --> VI[事前]
        VI[事前] --> VJ[事前]
        VJ[事前] --> VK[事前]
        VK[事前] --> VL[事前]
        VL[事前] --> VM[事前]
        VM[事前] --> VN[事前]
        VN[事前] --> VO[事前]
        VO[事前] --> VP[事前]
        VP[事前] --> VQ[事前]
        VQ[事前] --> VR[事前]
        VR[事前] --> VS[事前]
        VS[事前] --> VT[事前]
        VT[事前] --> VU[事前]
        VU[事前] --> VV[事前]
        VV[事前] --> VW[事前]
        VW[事前] --> VX[事前]
        VX[事前] --> VY[事前]
        VY[事前] --> VZ[事前]
        VZ[事前] --> WA[事前]
        WA[事前] --> WB[事前]
        WB[事前] --> WC[事前]
        WC[事前] --> WD[事前]
        WD[事前] --> WE[事前]
        WE[事前] --> WF[事前]
        WF[事前] --> WG[事前]
        WG[事前] --> WH[事前]
        WH[事前] --> WI[事前]
        WI[事前] --> WJ[事前]
        WJ[事前] --> WK[事前]
        WK[事前] --> WL[事前]
        WL[事前] --> WM[事前]
        WM[事前] --> WN[事前]
        WN[事前] --> WO[事前]
        WO[事前] --> WP[事前]
        WP[事前] --> WQ[事前]
        WQ[事前] --> WR[事前]
        WR[事前] --> WS[事前]
        WS[事前] --> WT[事前]
        WT[事前] --> WU[事前]
        WU[事前] --> WV[事前]
        WV[事前] --> WX[事前]
        WX[事前] --> WY[事前]
        WY[事前] --> WZ[事前]
        WZ[事前] --> XA[事前]
        XA[事前] --> XB[事前]
        XB[事前] --> XC[事前]
        XC[事前] --> XD[事前]
        XD[事前] --> XE[事前]
        XE[事前] --> XF[事前]
        XF[事前] --> XG[事前]
        XG[事前] --> XH[事前]
        XH[事前] --> XI[事前]
        XI[事前] --> XJ[事前]
        XJ[事前] --> XK[事前]
        XK[事前] --> XL[事前]
        XL[事前] --> XM[事前]
        XM[事前] --> XN[事前]
        XN[事前] --> XO[事前]
        XO[事前] --> XP[事前]
        XP[事前] --> XQ[事前]
        XQ[事前] --> XR[事前]
        XR[事前] --> XS[事前]
        XS[事前] --> XT[事前]
        XT[事前] --> XU[事前]
        XU[事前] --> XV[事前]
        XV[事前] --> XW[事前]
        XW[事前] --> XX[事前]
        XX[事前] --> XY[事前]
        XY[事前] --> XZ[事前]
        XZ[事前] --> YA[事前]
        YA[事前] --> YB[事前]
        YB[事前] --> YC[事前]
        YC[事前] --> YD[事前]
        YD[事前] --> YE[事前]
        YE[事前] --> YF[事前]
        YF[事前] --> YG[事前]
        YG[事前] --> YH[事前]
        YH[事前] --> YI[事前]
        YI[事前] --> YJ[事前]
        YJ[事前] --> YK[事前]
        YK[事前] --> YL[事前]
        YL[事前] --> YM[事前]
        YM[事前] --> YN[事前]
        YN[事前] --> YO[事前]
        YO[事前] --> YP[事前]
        YP[事前] --> YQ[事前]
        YQ[事前] --> YR[事前]
        YR[事前] --> YS[事前]
        YS[事前] --> YT[事前]
        YT[事前] --> YU[事前]
        YU[事前] --> YV[事前]
        YV[事前] --> YW[事前]
        YW[事前] --> YX[事前]
        YX[事前] --> YZ[事前]
        YZ[事前] --> ZA[事前]
        ZA[事前] --> ZB[事前]
        ZB[事前] --> ZC[事前]
        ZC[事前] --> ZD[事前]
        ZD[事前] --> ZE[事前]
        ZE[事前] --> ZF[事前]
        ZF[事前] --> ZG[事前]
        ZG[事前] --> ZH[事前]
        ZH[事前] --> ZI[事前]
        ZI[事前] --> ZJ[事前]
        ZJ[事前] --> ZK[事前]
        ZK[事前] --> ZL[事前]
        ZL[事前] --> ZM[事前]
        ZM[事前] --> ZN[事前]
        ZN[事前] --> ZO[事前]
        ZO[事前] --> ZP[事前]
        ZP[事前] --> ZQ[事前]
        ZQ[事前] --> ZR[事前]
        ZR[事前] --> ZS[事前]
        ZS[事前] --> ZT[事前]
        ZT[事前] --> ZU[事前]
        ZU[事前] --> ZV[事前]
        ZV[事前] --> ZW[事前]
        ZW[事前] --> ZX[事前]
        ZX[事前] --> ZY[事前]
        ZY[事前] --> ZZ[事前]
    
```

事前に共同でプロトコル作成

かかりつけ薬剤師・薬局

病院薬剤師

指示

報告・提案

指示

指示

患者

電話フォロー

【テレフォンのフォローアップの実施】  
来局日以降、予約日にチェックシートを参照しながら、電話フォローアップを行う。

【有害事象等で緊急対応が必要な場合】  
チェックシートを病院へFAXするとともに、直ちに医療機関の事前に取り決めた部署へ電話連絡。また、緊急対応した事例についてのサマリーを作成。

【緊急対応に該当しなかった場合】  
記入したチェックシートを病院へFAXで送付。

＜結果＞  
129名の登録患者（トレーシングレポート428件）  
・ 電話フォローアップを契機とする  
緊急入院 1名  
予定外受診 4名（5件）  
休業 9名  
・ 電話フォローアップに基づく  
医師への処方提案 49件  
このうち23件（47%）が処方方に反映  
＝副作用の重篤化を回避し患者の安全に直接寄与

薬局薬剤師からの副作用に対する対応や  
FAXは有用であったか（患者調査）  
1.6%

電話フォローアップを契機とする  
緊急入院 1名  
予定外受診 4名（5件）  
休業 9名

電話フォローアップに基づく  
医師への処方提案 49件  
このうち23件（47%）が処方方に反映

＝副作用の重篤化を回避し患者の安全に直接寄与

電話フォローアップで患者の副作用への対処方法  
の実施がより適切に行えたか（医師調査）

保険薬局と病院薬剤師と医師が情報を共有  
し連携することは必要か（医師調査）

4.7% 7.8% 54.7% 21.9% 9.4%

28.0% 67.0%

0.0% 14.0% 86.0%

がん外来化学療法の医療機関と薬局の連携についての研究で、薬局からの電話フォローで副作用への対処がより適切に行えたと回答する医師の割合は95%という結果であった。（7月10日中医協総会資料より）

○2019年7月10日中医協総会資料（総-1）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ② 地域における情報共有・連携について

医

## (主な意見)

- 医療的ケア児への対応として、主治医から学校へ情報提供の視点が欠けているため、充実させていく必要があるのではないか。
- 平成30年度診療報酬改定で新設された訪問看護における学校への情報提供の評価について、算定要件が入学又は転学時と限定されているため、医療的ケア児の状態やケアの変化に応じて必要な情報提供による学校との連携の強化がなされるよう見直しを検討する必要があるのではないか。

論点や現状と課題は示されていたが、7月24日の資料では主な意見の中に「医療機関と薬局との連携」に関する記載はなかった。(7月24日中医協総会資料より)

### ③ 医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

(論点)

- 医療資源の少ない地域への配慮として、平成30年度診療報酬改定においても、一部の報酬項目の緩和対象を拡大する等の対応を行ったところ。医療資源の少ない地域等における必要な医療の確保を図る観点から、今後、どのような対応が考えられるか。

(現状と課題)

- 医療資源の少ない地域については、一部の診療報酬項目について要件緩和等を行っており、平成30年度診療報酬改定においても、その対象を拡大する等の対応を行った。しかし、医療資源の少ない地域に配慮した報酬項目の算定状況については、算定の多い項目と少ない項目でばらつきがみられる。
- 医療資源の少ない地域の医療機関にヒアリング調査を行ったところ、ICTの活用に関する意見や、医療資源の少ない地域に配慮した項目の一部の要件を満たすことが困難という意見があった。
- 医療資源が少ない地域の薬局について、平成30年度診療報酬改定において、一定の基準を満たす場合に調剤基本料1を算定可能とする特例を設けた。

<地域間の医師や外来医療機能の偏在・不足>

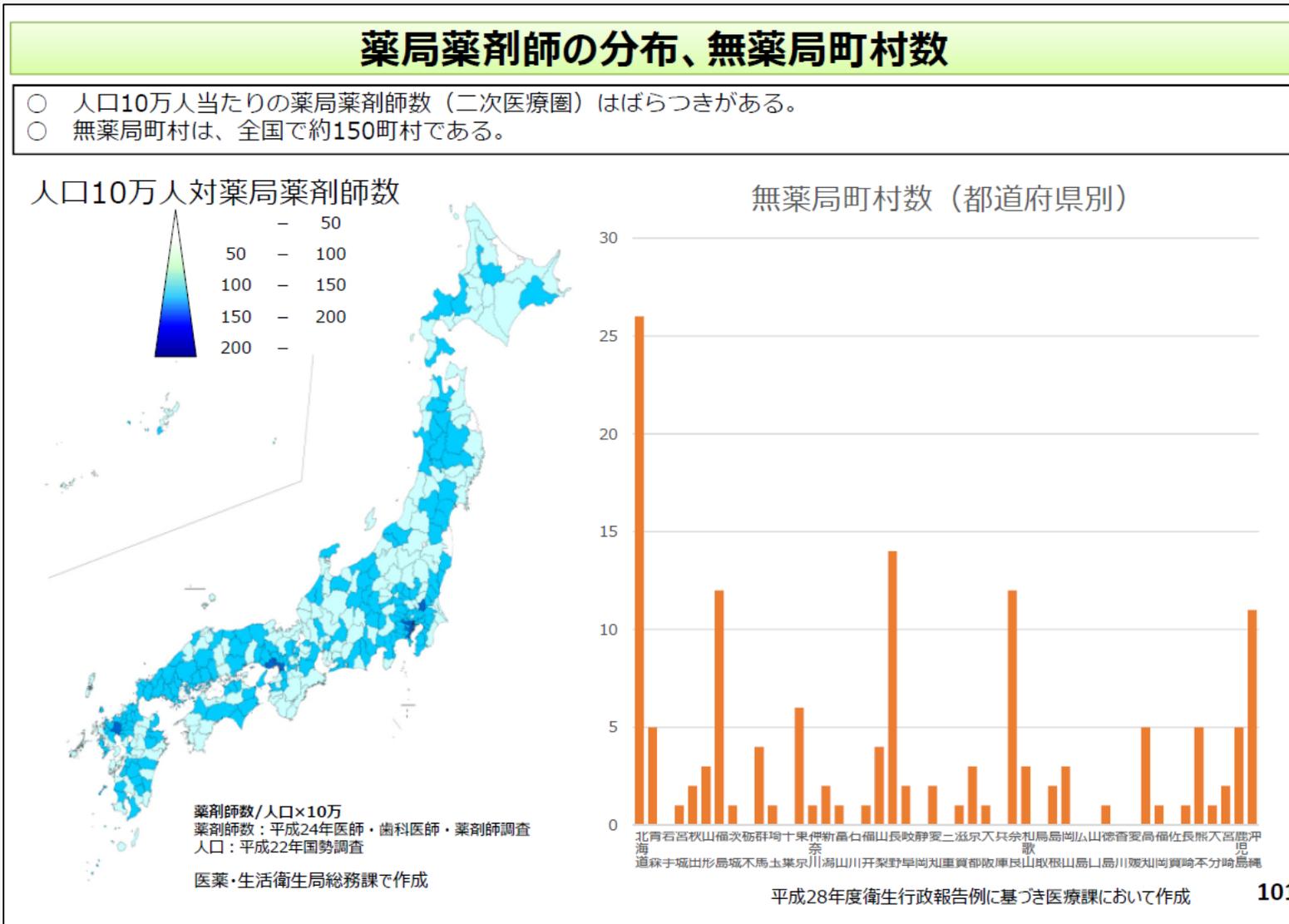
- 医療法において、地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応や、医師確保計画を通じた医師偏在対策について定められている。
- 地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院の管理者については、医師少数区域等で一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った医師でなければならないこととされる予定である。
- 地域医療支援病院については、地域で必要な医療の確保を図る病院として、診療報酬で評価している。

<へき地医療>

- へき地における医療の確保については、へき地保健医療計画を医療計画に一本化して進めることとされた。
- 診療報酬においては、へき地医療拠点病院の指定を受けていること等について、一部の診療報酬項目の要件としている。

### ③ 医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

調



○2019年7月10日中医協総会資料（総-1）より抜粋

本資料は、2019年7月24日の情報に基づき、日医工（株）MPIグループが編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

### ③ 医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

#### (主な意見)

- 医療資源が少ない地域等については、要件を緩和している診療報酬の算定状況が低調であることについて更なる分析が必要である。医療提供体制の維持のため、ICTの利活用等について検討する必要があるのではないかと。
- 歯科医療提供は地域においても重要であり、歯科訪問診療などの地域の歯科医療ニーズや問題点を把握したうえで、診療報酬でどのような対応が可能かを検討する必要があるのではないかと。
- 薬局の地域での偏在の是正が必要ではないかと。
- 在宅医療を考えた場合、無薬局の町村数を減少させていくことが重要ではないかと。

#### 【日医工MPIコメント】

- オンライン服薬指導については、改正薬機法の中でも取り上げられており、法改正とともに普及に向けて検討が進められるのではないかと。

# ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について

## (論点)

- 地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する観点から、医療と介護の連携に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。
- 在宅医療及び訪問看護に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。

## (現状と課題)

- 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。
- 平成30年度診療報酬改定において、医療と介護の連携を推進する観点から、介護報酬改定における対応を踏まえ、以下の対応等を実施。
  - ・訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化
  - ・リハビリテーションにおける医療介護連携の推進
  - ・介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応
  - ・国民の希望に応じた看取りの推進
- 平成30年度介護報酬改定において、地域包括ケアシステムの構築を推進し、中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備するための対応等を実施。
  - <訪問看護の利用状況等について>
  - 訪問看護ステーションの数は徐々に増加しており、規模別に見ると、看護職員数の多いステーションが増加傾向。
  - 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険とも増加傾向であり、特に医療保険の利用者数が増加。
  - 医療保険における訪問看護ステーションの利用者のうち、要介護被保険者等の割合は横ばいであるが、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向
  - 訪問看護を受ける小児の利用者数は増加傾向であり、15歳未満人口当たりの利用者数で見ても、増加傾向

# ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について

## (主な意見)

- 在宅医療・介護連携については、今後も進めていく必要があるが、在宅医療・介護連携推進事業についても、様々な課題があると聞いており、他の施策との関連性も踏まえて、検討する必要があるのではないか。
- 在宅医療の推進については、平成30年度診療報酬改定における対応の検証等を踏まえ、ICTの利活用等を含め、検討する必要があるのではないか。
- 平成30年度診療報酬改定における医療・介護連携の推進の取り組みをさらに強化する必要がある。療養病床などにおいて退院できる状況にある患者が退院できていない要因の分析と対策について検討する必要があるのではないか。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護については、平成30年度診療報酬改定において、看護師が定期的に訪問を行って計画の実施状況を見て評価することといった対応をしており、適正なサービス提供がされているかどうか等、引き続き実態の把握に努めながら、検討する必要があるのではないか。
- 訪問看護に従事する看護職員の増加がさらに求められている現状を踏まえ、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの大規模化や、病院からの訪問看護の推進、医療機関との連携強化について考えていく必要があるのではないか。
- 訪問看護については、過剰な提供となっていないか、提供されるサービスにばらつきがないかどうかといった様々な論点を踏まえ、重点化・適正化の観点から、引き続き検討する必要がある。
- 平成30年度診療報酬改定において、在宅で療養しながら生活する小児への支援を充実させるための対応等を行った。小児の訪問看護利用者は、近年増加傾向が著しいことから、前回改定の検証をしっかり行い、必要な対応は次回改定においても検討する必要があるのではないか。

## ② 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について

医

### (論点)

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する観点から、地域移行・地域生活支援を含む精神医療に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。
- 依存症対策について、それぞれの施策やエビデンスの構築等の進捗状況等を踏まえ、専門的な治療等に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

### (現状と課題)

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築が必要。
- 平成30年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、以下の対応等を実施。
  - ・専門的な精神医療の評価
  - ・措置入院患者や重症患者に対する医療の充実
  - ・長期入院患者の地域移行の推進
- <様々な依存症対策への対応について>
  - 依存症対策については、保健医療分野から就労、生活支援分野まで広範な支援策が求められること等から、取組を総合的かつ計画的に推進することを目的として、依存症対策推進本部を設置。

#### 【アルコール依存症について】

- アルコール健康障害対策推進基本計画において、取り組むべき重点課題として、以下の事項が示されている
  - ・飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防
  - ・アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

#### 【ギャンブル等依存症について】

- ギャンブル等依存症対策推進基本計画において、取り組むべき具体的施策として、以下の事項等が示されている
  - ・ギャンブル等依存症の標準的な治療プログラムの確立に向けたエビデンスの構築等、治療プログラムの全国的な普及

#### 【薬物依存症について】

- 薬物依存症の患者に対する専門的な治療を評価する観点から、平成28年度診療報酬改定において、標準化された方法で実施する集団療法の評価として、依存症集団療法を新設

## ② 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について

医

### (主な意見)

- 精神疾患については、地域の基盤整備の進捗状況や、サービスの利活用状況等を把握した上で、関係機関の取組を踏まえた診療報酬上の対応について検討する必要があるのではないかと。
- 退院後における障害福祉サービスとの連携がとれるよう、切れ目のない入退院支援のさらなる促進・充実をはかる必要があるのではないかと。
- 依存症については、ギャンブル等依存症など、診断を含めた適切な診療の提供について、その効果等のエビデンスの構築がなされた上で、診療報酬において評価すべきかどうかについて慎重に検討する必要があるのではないかと。

### ③ 障害児・者に係る施策・サービスとの連携について

医

#### (論点)

- 地域で生活する障害児・者が、それぞれの有する疾患や障害等の状態等に応じて、必要な支援を早期に受けられる体制を整備する観点から、専門的治療や入退院支援、関係機関との連携等に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。

#### (現状と課題)

##### <障害児・者に係る施策・サービス等の概要について>

- 地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、障害者総合支援法等に基づき、給付や支援等を実施。
- 医師が疾病又は負傷の治療上、又は日常生活や職業上必要であると認めて患者に装具を装着させる場合、医師の指示や処方をもとに、医療機関以外の事業者と連携して、患者に装具を提供している。

##### <発達障害児・者への対応について>

- 発達障害児・者に対して、各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関によるネットワーク構築や家族支援体制の整備を進めるとともに、初診待機解消に向けた事業等を実施し、対策を推進。
- 平成30年度診療報酬改定において、発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、以下の対応等を実施。
  - ・小児特定疾患カウンセリング料の算定要件の緩和
  - ・青年期の自閉症スペクトラムの患者等に実施される専門的な精神科ショート・ケアに係る評価の新設

##### <その他>

- 「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」が公布されたところ（令和元年6月19日成立、6月26日公布）。
- 平成30年度診療報酬改定において、入退院支援加算の対象として、小児における退院困難な場合を加える等の対応を実施。

#### (主な意見)

- 発達障害を含めた障害児・者への対応については、1人ひとりの対応に要する労力等を踏まえた十分な診療報酬上の手当てができていないかどうかを含め、現場の状況把握と課題抽出を進め、対応について検討することが必要ではないか。
- 医療機関と事業者等の医療機関以外の者が有機的に連携し、適切な医療が行われるよう検討することが必要ではないか。

(論点)

- 診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用を見据えた対応について、どのように考えるか。

(現状と課題)

- 施設基準の届出項目や手続き等が、保険医療機関の負担となっている。重複項目の省略等、更に効率化・合理化する余地がある。
- 告示や通知等の記載に曖昧な部分や合理的でない部分があり、算定可否の判断に苦慮する場合がある。
- 診療報酬明細書（レセプト）には、摘要欄にフリーテキスト形式で記載するものがあり、医療従事者の負担軽減の観点から合理化する余地がある。
- 平成30年度診療報酬改定においては、留意事項通知等で算定可能な場合が明示されているものについて、該当するものを選択して記載することとするなどの見直しを行った。

(主な意見)

- 効率化・合理化を更に進める必要があるのではないか。
- 届出不要な書類についても、適時調査の際に提出を求められることがある。実質的に簡素化されるよう見直す必要があるのではないか。
- 郵便番号を入れることについては、保険医療機関において患者から聞き取りをすることによるトラブルの懸念や事務負担が生じること、システム上の負担も生じることから、被保険者証から転記することが基本ではないか。
- 被保険者証に郵便番号を印字する場合、被保険者証の再発行など膨大なコストが発生することから、費用対効果を勘案する必要があるのではないか。
- レセプトに郵便番号を入れること自体は反対するものではないが、保険医療機関及び保険者の負担を考慮し、マイナンバーカードを有効活用する必要があるのではないか。

## <妊婦加算について>

### (現状)

- 妊婦加算については、本年6月にとりまとめられた「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」の議論の取りまとめを踏まえ、秋以降の2ラウンドにおいて、必要な検討を行うこととしている。

### (主な意見)

- 妊婦加算の取扱いだけでなく、妊産婦に対してどのような診療体制を構築するのかという点も含めた全体的な議論を行うことが必要ではないか。
- 妊産婦の方が納得して対価を支払う仕組みはもちろん、産婦人科以外に受診したときの情報連携が非常に重要ではないか。

### 【日医工MPIコメント】

- 妊婦加算の算定において、コンタクトレンズ作成のための眼科での算定等が問題となったため、現在凍結されている。算定要件の見直し等を含めて再検討が行われるのではないかと見られる。